

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Feldstudien über die Einstellung Depressiver und ihrer Angehörigen zur Krankheit

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Wolfgang Krebs
aus Bad Homburg

Mainz 1976

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

FELDSTUDIEN ÜBER DIE EINSTELLUNG DEPRESSIVER
UND IHRER ANGEHÖRIGEN ZUR KRANKHEIT

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

Wolfgang Krebs

aus Bad Homburg

Mainz 1976



Fachbereichsdekan: Prof. Dr. E. Straub

1. Gutachter: Prof. Dr. U. H. Peters

2. Gutachter: Prof. Dr. D. Langen

A Einleitung

1. Allgemeine und spezielle Literatur
2. Aufgabenstellung der Gesamtuntersuchung
3. Zu Patienten, Methodik der Untersuchungen und zur Gruppe der Untersucher
4. Zur Problematik der Untersuchungen und der Gruppe der Untersucher
5. Aufgabenstellung speziell der vorliegenden Arbeit

B Hauptteil - Feldstudien über die Einstellung Depressiver und ihrer Angehörigen zur Krankheit

1. Vorstellung der vier eigenen Patienten und Beispiel einer Kontaktaufnahme
2. Die Welt des Depressiven vor der Phase
3. Die Zeit des Krankwerdens
 - A. Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens des Patienten
 - B. Verhalten und Einstellung der Angehörigen
 - C. Der Weg zum Arzt und die Einweisung
4. Zur Auslösung der Depressionen und ein Modell depressiven Krankwerdens
 - A. Das Überraschtwerden von der depressiven Phase
 - B. Aktuelle Anlässe
 - C. Zur Kindheit depressiver Patienten
 - D. Die Grenzen der Person depressiver Patienten
 - E. Ein Modell depressiven Krankwerdens
 - F. Persönliche Disposition zur Depression im Selbstverständnis des Patienten
5. Die Zeit in der Klinik und die Einstellung des Depressiven zu seiner Krankheit
 - A. Die Bedeutung der Zeit in der Klinik
 - B. Die Beziehungen zu Mitpatienten und die Betrachtung der Krankheit an diesen
 - C. Die Einstellung des Patienten zu seinen Depressionen
 - D. Die Einstellung des Patienten zu Medikamenten

6. Die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik
 - A. Der erste Tag zu Hause
 - B. Das Verhalten der Patienten und ihrer Angehörigen nach der Entlassung
 - C. Die Angst vor einer neuen Phase

C Synthese - Das Feld der Depression

D Zusammenfassung

E Literaturverzeichnis

EINLEITUNG

1. Allgemeine und spezielle Literatur

Über den Zusammenhang von depressiver Erkrankung und Umwelt, insbesondere der Familie, über das Eingebettetsein des depressiven Kranken in ein bestimmtes - familiäres - Milieu, eine bestimmte häusliche Atmosphäre und über die Einstellung des Patienten und seiner Umgebung zu der Krankheit unter diesen Aspekten ist noch sehr wenig bekannt. Feldstudien über Depressive wurden bislang nicht unternommen. Somit gibt es praktisch auch keine spezielle Literatur zu diesem Thema. Die vorhandenen Abhandlungen über die Depression stellen weitgehend deren klinische Erscheinungsformen in den Vordergrund und sagen nur wenig über das Umfeld, in dem sich der Depressive bewegt, aus. In diesem Zusammenhang sei auf die gängigen Lehrbücher der Psychiatrie verwiesen.

Tiefer in die Mentalität des Depressiven stößt W. Schulte in seinen Aufsätzen in der Abhandlung "Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung" (11) vor. Auch J. Glatzel versucht in seinem Buch "Endogene Depressionen" (3) typische Wesensmerkmale des Depressiven zusammenzutragen und quasi ein für den Depressiven pathognomonisches Charakterbild zu erstellen. Doch auch diesen Arbeiten fehlt die Dimension der Umgebung des Menschen, der in phasische Depressionen verfällt, und ihrer Wechselbeziehungen mit diesem Menschen. Schon das Wort "endogen" scheint diese Dimension geradezu auszuschließen, kapselt den Depressiven in seinem Krankheitsgeschehen von seiner Umgebung ab.

Eben diese Dimension der Beziehungen des Kranken oder der Krankheit zur Umwelt wurde für die Schizophrenie in den vergangenen Jahrzehnten in verstärktem Maße erschlossen. Feldstudien über Schizophrenie wurden in dieser Zeit so etwas wie eine Modeerscheinung. Gleichzeitig drückt sich in der intensiveren Beschäftigung mit der Schizophrenie auch das größere psychiatrische Interesse an dem aktiveren, scheinbar aufwendigeren und bunteren Vorgang der Schizophrenie gegenüber der Depression aus. An Arbeiten, die sich mit dem Schizophrenen und seiner Umgebung beschäftigen und für entsprechende Untersuchungen an Depressiven gewisse Anhaltspunkte oder auch Richtlinien in Bezug auf Problematik, Methodik und evtl. Ergebnisse geben können, seien genannt. Th. Lidz "Familie und psychosoziale Entwicklung" (6), und Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a. "Schizophrenie und Familie" (2), in welchen Arbeiten z.B. Elternhaus und Erziehung später schizophrener Erkrankter untersucht werden, R.D. Laing "Das geteilte Selbst" (4), worin eine existentielle Schizophrenietheorie auch mit Hilfe von mitmenschlichen Beziehungen - oder deren Nicht-Vorhanden-Sein - aufgebaut wird, M. Barnes "Meine Reise durch den Wahnsinn" (1), worin die Analyse der Schizophrenie bis in die früheste Kindheit des Betroffenen zurückführt und die Genesung Folge entstandener menschlicher Beziehungen und Zuwendung ist, ebenso wie in M. Sechehaye "Tagebuch einer Schizophrenen" (12)

2. Aufgabenstellung der Gesamtuntersuchung

Aufgabe der Untersuchungsgruppe, der der Autor der vorgelegten Arbeit angehört, war es nun, Feldstudien über depressive Patienten zu unternehmen. Wir wollten versuchen, den Betroffenen als in eine bestimmte Umgebung eingebettet zu verstehen, vor allem in seine Familie. Es war also unsere Frage, in welcher Welt lebt der Depressive, in welcher Welt von Menschen, mit denen er Kontakt hat, in welcher Dingwelt, d.h., welche dingliche Umgebung, welche Prinzipien, welche Aufgaben, welche Ideale sind ihm wichtig; welches ist die Persönlichkeit, was sind vielleicht typische Charakteristika des Depressiven, und wie sieht seine Krankheit aus, wie entsteht und verläuft sie und was ändert sie an Lebenslauf und Selbstverständnis des Kranken. Wir fragten also, wie sieht die Welt des Depressiven oder besser einer Person, die von Depressionen befallen wird, aus, und welche Beziehungen bestehen zwischen dieser Person und seiner personellen sowie dinglichen Umgebung, und inwieweit wird sein Umfeld durch Krankheit geformt. Es soll also keine Ätiologie oder reine soziale Pathogenese der Depression vorgelegt werden, sondern eine Beschreibung des Feldes, in dem sich der Depressive in Gesundheit und Krankheit bewegt.

3. Zu Patienten, Methodik der Untersuchungen und zur Gruppe der Untersucher

Um die oben genannten Fragen zu beantworten, untersuchten und betreuten vier Doktoranden je vier depressive Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Mainz. Die Auswahl der Patienten richtete sich - nach gestellter Diagnose - in erster Linie daran aus, daß sie eine Familie hatten und die Angehörigen von ihrem Wohnsitz her gut zu erreichen waren. Natürlich war Voraussetzung, daß die Patienten zur Kooperation bereit waren, was nur einige wenige Male nicht der Fall war und sich erst nach wiederholten Versuchen, eine Unterhaltung in Gang zu bringen, herausstellte, da die Patienten meist noch tief depressiv waren und unter Medikamenteneinfluß standen. So untersuchten wir 15 Frauen und einen Mann im Alter von 30 bis 65 Jahren. Der Untersucher stellte sich vor oder wurde dem Depressiven als " Student " oder meist " junger Kollege " vorgestellt, der eine wissenschaftliche Arbeit über die Zusammenhänge der Krankheit des Patienten und seiner Familie und Umgebung unternahme und sich in nächster Zeit etwas um den Patienten kümmern wolle, auch um gerade ihm zu helfen durch die Aufhellung möglicher Probleme in diesem Bereich. Patient und Untersucher trafen sich dann durchschnittlich wöchentlich einmal in der Klinik und nach der Entlassung bei dem Patienten zu Hause zum Gespräch. Dies wurde meist in der Form geführt, daß der Untersucher den Patienten bat, etwas von sich und den Merkmalen seiner Depressionen zu erzählen, so daß anschließend die Initiative eher beim Patienten lag. Der Untersucher griff nur ein, wenn die Assoziationskette ins Stocken geriet, indem er eine präzise Frage stellte oder aber durch Bemerkungen wie " ach ja " oder " das verstehe ich " u.a. den Patienten seines Mitgefühles versicherte. Doch nicht immer wurde eine entstandene Gesprächspause sofort beendet. Oder aber der Untersucher stellte

in einigen Gesprächen - aber nur, wenn rein assoziativ geführte Gespräche vorausgegangen oder zumindest versucht worden waren - präzise Fragen aus einem zuvor selbst erstellten Fragenkatalog, um bestimmte Entwicklungen oder Erlebnisse des Patienten in ihrer Kontinuität zu erfahren. Doch auch hierbei wurde darauf geachtet, den Patienten möglichst wenig zu unterbrechen. Der Untersucher protokollierte die geführten Gespräche mit oder hielt sie auf Tonband fest. Letzteres hatte den Vorteil, daß sich der Untersucher dem Patienten uneingeschränkter zur Verfügung stellen und ihm seine ungeteilte Aufmerksamkeit widmen konnte, aber gleichzeitig den Nachteil, daß manche Patienten das Tonband als einen Verfremdungseffekt und eine unangenehme, weil unkontrollierbare Objektivierung ihrer Äußerungen betrachteten. In Fällen der Angst vor dem Tonbandgerät wurde dieses nicht eingesetzt.

Neben den Gesprächen mit den Patienten versuchten wir, Kontakt mit deren Angehörigen aufzunehmen, Zugang zu ihren Familien zu gewinnen, v.a. zu den Kleinfamilien, d.h., in den meisten Fällen Ehepartner und Kinder, - mit den übrigen Mitgliedern der Großfamilien sprachen wir meist nur einmal - und mehr oder weniger, etwa wie ein Bekannter, integriert zu werden. Wir trafen die Angehörigen anfangs vor allem bei Besuchen in der Klinik, später in deren Wohnung, und unterhielten uns mit ihnen - bisweilen auch im Beisein des Patienten - über Familie, Probleme, Patient und Krankheit ebenso wie über Alltagslichkeiten. Oder aber wir waren nur stiller Zuhörer und Beobachter. So ergab sich eine mittlere Beobachtungszeit eines Patienten und seiner Klein- und Großfamilie, die Zeiten der Phase, der Genesung und Gesundheit umfaßte, von etwa drei bis vier Monaten.

Außer den Ergebnissen der eigenen Untersuchungen stand uns das Krankenblatt des Patienten zur Verfügung. Allerdings griffen wir auf dieses erst zurück, nachdem eine Reihe von Gesprächen mit dem Patienten stattgefunden hatte, so daß möglichst wenig Verfälschung durch vorweggenommene Ergebnisse eintrat. Auch stellte sich bald heraus, daß dem Krankenblatt nur wenig neue Erkenntnisse gegenüber den eigenen Untersuchungen zu entnehmen waren. Ferner wurden die Patienten, soweit sie dazu bereit waren, einem Persönlichkeitstest unterzogen. Zu diesem Zwecke wurden sie gebeten, einen FPI-A-Fragebogen mit 114 Fragen auszufüllen. Auch ihre nächsten Verwandten, in der Regel der Ehepartner, füllten diesen Bogen aus, allerdings mit der Fragestellung: Wie glauben Sie, würde ihr Verwandter - gemeint ist der Patient - diesen Bogen ausfüllen? Die Erkenntnisse, die aus der Beantwortung dieser Fragebogen gewonnen wurden, gingen jedoch in der Hauptsache in die Arbeit ein, die sich mit der Persönlichkeit des Depressiven befaßt (s.u.). Parallel zu diesen Untersuchungen trafen sich die Untersucher unter Leitung von Prof. Peters in regelmäßigen Abständen, um die Ergebnisse miteinander durchzusprechen und zu diskutieren. Nach Beendigung der Untersuchungen faßten dann die vier Doktoranden ihre Ergebnisse in jeweils vier Arbeitspapieren unter den Aspekten

2

der Interaktionsmuster, der Dingwelt, der Persönlichkeit und der Einstellung zur Krankheit bei jeweils vier Patienten zusammen. Diese Papiere wurden ausgetauscht, so daß jeder Doktorand schließlich sechzehn Arbeitspapiere besaß, deren Inhalt nochmals - meist in Zweiergesprächen - durchdiskutiert wurde.

Schließlich behandelte jeder der vier Mitglieder der Gruppe einen anderen Aspekt der Gesamtuntersuchung, also alle sechzehn Patienten betreffend. Methodisch gingen wir hierbei nach den Regeln des Strukturalismus (10) vor, indem wir aus der Fülle von Einzelheiten gemeinsame Strukturen herausarbeiteten und an diesen wiederum die vorliegenden Einzeldaten bemaßen.

So ergaben sich folgende vier Arbeiten über die sechzehn Patienten:

1. Interaktionsmuster im sozialen Feld von Depressionen (5)
2. Lebensraum und Gegenstandswelt von Depressionen (8)
3. Die Persönlichkeit des Depressiven in ihrer natürlichen sozialen Umgebung (7)
4. Die Einstellung des Depressiven und seiner Angehörigen zur Krankheit.

Alle vier Untersucher gingen an ihre Aufgabe ohne größere psychiatrische Erfahrung oder spezielle Kenntnisse über Depressionen heran. Die Untersuchungen sollten möglichst wenig durch vorherbestehende Meinungen verfälscht werden.

4. Zur Problematik der Untersuchungen und der Gruppe der Untersucher.

Die Kontaktaufnahme mit den Patienten gestaltete sich relativ problemlos. Allerdings wurden die Untersuchungen an einigen wenigen Patienten auch eingestellt - wie oben erwähnt -, weil sie zu keiner oder zu wenig Kooperation bereit waren, und dafür andere in die Untersuchungen hineingenommen. Zumeist waren das oder die ersten Gespräche mit dem Patienten die schwierigsten, da sich der Kontakt mit dem Untersucher erst bilden mußte, die Depression ihren Höhepunkt noch nicht überschritten hatte und zudem die Medikamente noch einen stark hemmenden Einfluß ausübten. Doch bald wurden die meisten Patienten offener, und in der Mehrzahl der Fälle waren sie sogar dankbar für die entstehende menschliche Beziehung zu dem Untersucher, die öfters sogar freundschaftlich wurde. Die Rollenverteilung Untersucher - Untersucher oder aktiver und vorwiegend passiver Teil war damit weitgehend aufgehoben.

Eine Patientin wiederum entwickelte starke Angst vor dem Untersucher, da sie nicht verstand, warum gerade sie eine andere Behandlung erfahren sollte als andere Patienten. Die Offenheit, mit der die Depressiven über sich, ihre Verhältnisse und Krankheit sprachen, hing von ihrer sozialen Stellung und Intelligenz, ihrem Temperament sowie dem Wesen und der Zugänglichkeit des Untersuchers ab und fand öfters ihre Grenzen an unterschiedlichen Moralvorstellungen von Patient und Doktorand, wie z.B. bei sexuellen Fragen.

Auffallend war, daß die verschiedenen Charaktere und Wesensarten

der Untersucher doch merklich in die Beurteilung der eigenen Untersuchungen einging. So erschienen einer sehr lebhaften und temperamentvollen Doktorandin ihre Patienten insgesamt als aufgeschlossener, offener und unternehmungslustiger im Vergleich zu denen eines ruhigeren Kollegen, der seine Patienten als passiver und melancholischer beschrieb. So mußten wir in Diskussionen versuchen zu klären, inwieweit diese unterschiedliche Beurteilung auf die Perspektive des Beobachters zurückzuführen war und was daran objektivierbare Eigenschaften des Patienten darstellten.

Auch der Zugang zu den Angehörigen der Untersuchten bot keine besonderen Schwierigkeiten. Die meisten waren sofort zur Kooperation bereit und gaben sehr bereitwillig Auskunft. Auch zu manchen von ihnen entstand eine recht freundschaftliche Beziehung. Sehr vorteilhaft für das Entstehen der Kontakte war die Tatsache, daß viele Angehörige den Depressionen ausgesprochen ratlos gegenüberstanden und sich so vom Untersucher einige Erkenntnisse sowie Hilfe für den Patienten versprachen. Auch schien es vielen gutzutun, über ihre Probleme, die die Krankheit in der Familie aufwarf, und deren mögliche Ursachen mit jemandem zu reden, der dem ärztlichen Beruf nahestand, aber doch gleichzeitig noch unabhängig von der Institution Klinik erschien. Der Untersucher trat also nicht nur als Berater auf, sondern er wurde leichter gleichzeitig als Mensch, als Bekannter akzeptiert, als dies für einen Arzt in der Klinik in der Regel möglich ist.

Die Hauptschwierigkeit in der Gruppe der Doktoranden bestand darin, den Fortgang von Untersuchungen und Beschreiben wenigstens grob zu koordinieren, da jeder von dem Material des anderen abhängig war. Hierzu genügend zu motivieren war nicht immer leicht. Die Motivation bestand anfangs in dem Studium entsprechender Untersuchungen an Schizophrenen, dann in der Aufgabe selbst und natürlich im Abschluß der Arbeit. So fanden alle Untersucher genügenden Zugang zu Thema und Arbeit. Freilich ging - wie oben erwähnt - die unterschiedliche Mentalität der Doktoranden in die Untersuchungen mit ein, doch, glaube ich, konnten diese durch die Kontrolle der Kollegen so weit erkannt werden, daß keine groben Verfälschungen entstanden.

Überhaupt stellten die regelmäßigen Diskussionen ein wichtiges Korrektiv der Arbeit dar. Hier wurden die Schwierigkeiten des Einzelnen bei den Untersuchungen bearbeitet, wurde das Material erstmalig grob geordnet, wurden Bezugs- und Orientierungspunkte für den Einzelnen geschaffen, wurden Lücken der eigenen Untersuchungen aufgedeckt.

Und in diesem gemeinsamen Forum wurde neu motiviert. Daß sich allerdings ein echtes Gruppenbewußtsein unter uns ausgebildet hat, kann ich nicht sagen. Hierzu waren die Interessen über diese Arbeit hinaus zu verschieden und die Bindungen der Einzelnen nach außen zu bestimmend. Wohl bildeten sich intensivere Beziehungen zwischen einzelnen Gruppenmitgliedern, doch nicht in der Gruppe als Ganzem. Wir waren eher eine Arbeits- und Zweckgemeinschaft auf Zeit.

5. Aufgabenstellung speziell der vorliegenden Arbeit

Die hier vorgelegte Arbeit behandelt das Thema " Die Einstellung des Depressiven und seiner Angehörigen zur Krankheit ". In ihr soll ein Bild der Depressionen in Erscheinung und Verlauf entworfen werden, und es soll gezeigt werden, wie der Betroffene selbst und seine Umwelt diese Krankheit sehen und zu ihr stehen, und wie sie in das Leben des Patienten und seiner Familie eingreift und es bestimmt. Um dies alles aussagen zu können, ist eine Untersuchung des Feldes, auf dem die Depression entstehen kann, entscheidend wichtig, zumal die Einstellung des Patienten und seiner Angehörigen zur Auslösung oder Verursachung der Phase deren Verlauf entscheidend mitbestimmt. Daher nimmt diese Fragestellung einen entsprechend breiten Raum ein. Die chronologische Darstellung mit den Stationen Gesundheit - Krankwerden - Phase - Genesung - Zeit nach der Phase habe ich nicht nur aus Gründen der Übersichtlichkeit gewählt. Vielmehr sind Grundhaltung und Stimmung sowie Einstellung zur Krankheit und Verhalten bei Patient und Angehörigen entscheidend abhängig von den einzelnen Stationen dieses Ablaufs und lassen sich nur beschreiben, wenn der momentane Stand dieses Ablaufs berücksichtigt wird.

HAUPTTEIL

Feldstudien über die Einstellung Depressiver und ihrer Angehörigen zur Krankheit

Zu Beginn der Darstellungen über den Depressiven und seine Krankheit ist es nötig, Zugang zu seiner normalen Welt, seiner Person und Umgebung während seiner Gesundheit zu suchen. Hierdurch wird das Feld abgesteckt, auf dem sich die Depression entwickelt. Die folgenden Ausführungen werden zeigen, 1. daß dieses Feld eine ganze Reihe von Besonderheiten und Auffälligkeiten bietet, und 2. daß in dieser speziellen Form der Strukturierung dieses Feldes eine ganze Reihe von Zusammenhängen mit der depressiven Erkrankung zu finden ist.

Zum genaueren Studium der Interaktionsmuster, des Lebensraumes und der Dingwelt sowie der Persönlichkeit des Depressiven sei auf die drei übrigen Dissertationen dieser Arbeitsgruppe verwiesen. (5,7,8).

Bevor die Umgebung unserer depressiven Patienten im Allgemeinen und in ihrer typischen Form beschrieben wird, sollen die vier Patienten und ihre Familien einzeln vorgestellt werden, die der Autor der vorliegenden Arbeit betreut und untersucht hat. Außerdem wird anhand eines Gesprächsprotokollens ein Beispiel für die Kontaktaufnahme mit einer der Patientinnen gegeben. Dies soll einem ersten Zugang zur Welt depressiver Patienten dienen.

1. Kurze Vorstellung der vier eigenen Patienten und Beispiel einer Kontaktaufnahme

Frau S., 34 Jahre

Die Patientin ist eine resolute Hausfrau, die mit ihrem Ehemann und vier Kindern, deren Jüngstes erst ein halbes Jahr alt ist, in einem kleinen Wein- und Bauernort in der Pfalz wohnt. Sie kommt aus einer Landwirtsfamilie des gleichen Ortes und war das Jüngste von drei Geschwistern. Als solches wurde sie von den Eltern mehr als die übrigen Kinder verwöhnt, zeigte sich sehr anlehnungsbedürftig an die Mutter und stellte das " Nesthäkchen " der Familie dar. Dennoch war der Kontakt zu den Geschwistern recht gut, doch nie so vorbehaltlos wie zwischen den beiden anderen. Seit der Heirat der Patientin mit einem Facharbeiter aus dem Nachbarort hat der Kontakt zu den Geschwistern nachgelassen, da sich der Ehemann und die Familie der Frau gegenseitig nicht recht akzeptieren. Auch haben Herr und Frau S. einen anderen Lebensrhythmus und andere Interessengebiete als die Familien der Geschwister. Während diese lebensfroher und offener für Begegnungen wirken, gilt fast alle Aktivität jener dem eigenen, weitgehend in Selbsthilfe gebauten Haus, dem Garten und den vier Kindern. "Beide" sind nur für die eigene Kleinfamilie da und haben auch sonst wenig Bekannte, da es Außenstehenden nicht leicht fällt, Zugang zu ihnen zu finden, und sie von sich aus nur wenige Kontakte knüpfen. Als Eheleute verstehen sie sich sehr gut, es gibt selten Streit, und Langeweile tritt - wie Herr S. betont - nie auf. Er ist sehr stolz auf seine Frau, die er als " Bombenhausfrau " bezeichnet, und auf einen gewissen sozialen Aufstieg, der sich in beider Augen durch das eigene

Haus, gute Leistungen der Kinder in der Schule und Herrn S's Vorwärtstkommen zum Facharbeiter zeigt.

Ihre erste depressive Phase stellte sich bei Frau S. im Anschluß an die Geburt des dritten Kindes 1968 ein, und die Verwandten haben auch heute noch den Eindruck, daß dieses Kind einen Teil des Schwunges der Patientin "mitgenommen" habe. 1970 folgte eine kurze zweite Phase ohne erkennbaren Anlaß, und 1973 eine weitere, die mit der Beendigung des Hausbaues zusammenfiel. Frau S. lebt zur Zeit ohne Beschwerden in ihrer Familie, fühlt sich körperlich und seelisch wohl und geht wieder energievoll ihren hausfraulichen und mütterlichen Pflichten nach.

Frau Bo., 61 Jahre

Die Patientin bewohnt zusammen mit ihrem Mann, einem seit zwei Jahren pensionierten Chemiefacharbeiter, das Parterre eines eigenen Hauses in einer Kleinstadt nahe Mainz; der verheiratete Sohn lebt im Obergeschoß. Frau Bo. stammt aus einer Beamtenfamilie und war das Jüngste von sechs Geschwistern. Sie war ebenso wie Frau S. das "Nesthäkchen", hing sehr an dem gutmütigen Vater, wurde allerdings von der Mutter sehr streng erzogen und zu penibler Ordnung und Sauberkeit angehalten. Die Bevormundung durch die Mutter erstreckte sich bis in die Zeit ihrer Ehe hinein.

Sie heiratete mit 23 Jahren und war seitdem nur noch Hausfrau. Sie betont immer wieder, daß sie "keinen besseren Mann hätte kriegen können". Dieser ist recht häuslich, kümmert sich viel um seine Frau, und da er geschickter und flinker ist als sie, aber genauso ordnungsliebend, nahm er ihr immer viel Arbeit ab, sodaß sie nur wenige Aufgaben hatte. Ihr Leben spielte sich in einem ausgesprochenen Mittelmaß ab: Schicksalsschläge hatte sie nie zu erdulden, ihr Mann hielt alle Probleme von ihr fern, und über ihre Ordnungs- und Sauberkeitsliebe hinaus hatte sie nur wenige Interessen. Oft saß sie den ganzen Tag über in der Küche ihrer Schwiegertochter, ohne etwas zu tun, und ließ sich auch durch deren Gäste nicht vertreiben. Ihr Drang zu penibler Sauberkeit steigerte sich vor drei Jahren zu einer regelrechten Putzwut, sodaß sich die Patientin bald überall von Staub und Dreck verfolgt fühlte und über den Zwang zu säubern hinaus gänzlich antriebs- und interesselos wurde. Zeitlich fällt dies mit dem Umbau des eigenen Hauses zusammen. Seitdem wurde die Patientin in verschiedenen Kliniken behandelt, doch die dort erzielte Besserung hielt nach der Rückkehr ins eigene Heim jeweils nur für einige wenige Tage an. Hinzu kamen 1972 nach einer Hormonbehandlung neuerliche Regelblutungen, die schon seit sechs Jahren ausgeblieben waren und auf die die Patientin mit vitalisierten Depressionen reagierte. Nach dem letzten Klinikaufenthalt zeigt sich Frau Bo. nun doch schon über längere Zeit in aufgehellter Stimmung, ist allerdings weiterhin antriebs- und interesseloser als vor der Phase.

Frau Ku., 61 Jahre

Die Patientin wohnt mit ihrem pensionierten Ehemann und einem unverheirateten Sohn in einem eigenen Reihenhäuschen in einem Bauern- und Pendlort am Main. Sie hat insgesamt vier Söhne, von denen die übrigen drei mit ihren Familien in Nachbarorten leben und mit den Eltern und untereinander intensiven Kontakt pflegen.

Frau Ku. stammt aus dem Sudetenland und wurde auf dem elterlichen Gutsbesitz groß. Von klein auf war sie an schwerste Arbeit gewöhnt, und da sie zu Hause und auf dem Feld gebraucht wurde, durfte sie nicht wie ihre Brüder die höhere Schule besuchen. Sie erinnert sich, daß auch ihre Mutter oft depressiv verstimmt war, ebenso wie späterhin zwei Cousinsen. Gleich ausgefüllt mit Arbeit wie zu Hause wurde ihr Leben dann auf dem Bauernhof ihres Mannes.

Nach der Vertreibung aus der Heimat und notvollen Nachkriegsjahren, in denen sie geschickt und voller Initiative für das Durchkommen der Familie mehr tat als der gutmütige, aber etwas unbeholfene Ehemann, siedelte sich die Familie im heutigen Wohnort an, wo Herr Ku. in einer Fabrik Arbeit fand. Die Erziehung der Kinder und alle Haus- und Gartenarbeit ruhte auf ihren Schultern, doch sie erledigte alle Aufgaben mit bewundernswerter Resoluteit, ohne je zu klagen, ja, sogar mit stiller Freude. Auch gutgemeinte Hilfsangebote z.B. von Verwandten oder Nachbarn lehnte sie ab. Es war immer ihr Stolz, alle Arbeit alleine und zur vollen Zufriedenheit der Familie ausgeführt zu haben. Über ihren Alltag hinaus allerdings konnte sie nie besondere Interessen zeigen. Hierfür war keine Zeit vorhanden, und solches wurde ihr auch nie nahegelegt.

Seit 1963 stellten sich in meist zweijährigen Abständen depressive Phasen ein, die ganz plötzlich im Herbst oder Winter begannen. Zeitlich korrelierte eine Phase mit einem schweren Streit, den die Patientin mit ihrem jüngsten unverheirateten Sohn austrug, eine andere folgte auf einen kleinen Umbau ihres Hauses. Nach jeder Behandlung in der Klinik erscheint die Patientin wieder völlig genesen und geht mit gewohntem Eifer und stiller Freude ihren Pflichten nach.

Frau D., 54 Jahre

Frau D. ist die einzige unverheiratete Patientin in unserer Untersuchungsgruppe. Sie stammt aus einer Beamtenfamilie in Düsseldorf und hat als einzige noch lebende Verwandte eine jüngere Schwester in Hameln, mit der sie sich gut versteht, die sie oft besucht und mit deren Familie sie jährlich in Urlaub fährt.

Nachdem die Patientin das Lyceum mit gutem Erfolg durchlaufen hatte, wurde sie Chemotechnikerin in einer Firma in der Nähe der Heimat, da sie eine praktische Tätigkeit ausüben und nicht allzuweit von den Eltern entfernt wohnen wollte. Zuhause war sie streng erzogen worden, sodaß sie keine Männerbekanntschaften hatte, bevor der Krieg begann. Auf diesen und auf eigene Komplexe führt sie es zurück, daß sie nie heiratete, und betont immer wieder, daß sie hierüber eigentlich recht froh sei, zumal, wenn sie von Arbeitskolleginnen über deren

Querelen in der Ehe höre.

Einige Jahre nach dem Krieg zog Frau D. zusammen mit ihrer Mutter in ein eigenes Haus in ihrem jetzigen Wohnort in der Nähe von Mainz. Sie bezeichnet die Jahre hier bis zum Tode der Mutter 1967 als eine sehr glückliche Zeit, und ihre Schwester bestätigt, daß sich Mutter und Tochter sehr gut verstanden. Durch die enge Bindung an die zuletzt etwas kränkliche Mutter pflegte die Patientin nur beschränkten Kontakt zu einem Bekanntenkreis, der sich aus Arbeitskollegen, Nachbarn und der Familie der Schwester zusammensetzte und über Jahre hinaus keine Veränderung erfuhr. Dies blieb auch so nach dem Tode der Mutter. In diesem Kreis stellt die Patientin einen gewissen temperamentvollen Mittelpunkt dar, doch jeder unbekannten Person gegenüber verhält sie sich scheu und zurückhaltend.

Die Patientin übt ihre Arbeit als Chemotechnikerin gerne aus und betont, daß sie sehr guten und persönlichen Kontakt zu den Kollegen habe. Ihre besondere Liebe gehört ihrem Haus und ihrem Garten, die sie mit Eifer und Freude pflegt. So hat sie sich im Laufe der Jahre einen relativ festen Lebensrhythmus geschaffen, der aus Labor-, Haus- und Gartenarbeit, Spazierengehen, Schwimmen und Treffen mit ihren Freunden besteht und mit dem sie sich zufrieden gibt.

Ab 1972 beginnen ihre Probleme: eine kurzentschlossen in Angriff genommene Vergrößerung ihres Hauses, eine damit verbundene Regelung ihrer Vermögensverteilung, notarielle Schwierigkeiten und der Ärger mit einer unliebsamen Mieterin. Dies alles wächst ihr bald über den Kopf. Aus ihrer sonst steten Arbeitsamkeit und Umsicht wird ungerichtete Hektik und schließlich depressive Verstimmung. Sie findet keinen Zugang mehr zu den Dingen und Menschen, die sie sonst liebte. Nach einem dreimonatigen Klinikaufenthalt wohnt die Patientin jetzt wieder zu Hause und geht ihrer Arbeit als Chemotechnikerin nach. Die Depressionen scheinen für den Beobachter restlos verschwunden zu sein.

Es sollen jetzt durch das folgende Protokoll aus dem ersten Gespräch mit Frau Ku. kurz die Schwierigkeiten aufgezeigt werden, mit dem noch tief depressiven und unter medikamentösem Einfluß stehenden Patienten in Kontakt zu kommen. Zumeist war für uns dieses erste Gespräch das schwierigste. Der Patient zeigte sich noch äußerst antriebslos und desinteressiert an einem Kontakt, was sich aber im Laufe der nächsten Zusammentreffen meist erstaunlich rasch änderte. Auch mußten wir uns erst auf den Patienten einstellen.

Besonders schwierig gestaltete sich die Kontaktaufnahme mit ängstlichen und auch während der Gesundheit scheuen und kontaktarmen Patienten wie in diesem Falle mit Frau Ku. Zu ihrem Desinteresse kam ein tiefes Mißtrauen gegenüber dem Untersucher hinzu.

Nachdem ich der Patientin vom Stationsarzt vorgestellt worden war als "junger Kollege, der ihnen ein paar Fragen stellen will", und ich Frau Ku. den Sinn unserer Arbeit erklärt und

den Nutzen, den sie aus unseren Gesprächen ziehen könnte, beschrieben hatte, befragte ich die Patientin zuerst ganz kurz über Wohnort, Familienstand und Kinderzahl. Hiernach setzt das folgende Protokoll ein. Dieses schrieb ich während unserer Unterhaltung mit; auf den Verfremdungseffekt durch Tonbandaufnahmen verzichtete ich hierbei, um die Angst der Patientin nicht noch weiter zu steigern.

Frau Ku.: " ... ich bin seit Oktober hier. "

Untersucher: " Und wie geht es Ihnen jetzt so? "

Frau Ku.: " Och, wie soll's gehen. "

Untersucher: " Es ist langweilig hier, nicht ? "

Frau Ku.: " Och, na ja. "

Untersucher: " Sehnen Sie sich denn nach Hause? "

Frau Ku.: " Ja, wenn man doch nicht arbeiten kann! "

Untersucher: " Warum können Sie denn nicht arbeiten ? "

Frau Ku.: " Wenn man doch krank ist. "

Pause

Untersucher: " Warum sind Sie denn hierhergekommen ? "

Frau Ku.: " War schon zwei- oder dreimal hier. Hat immer geholfen. Vor zwei Jahren das letzte Mal. "

Untersucher: " Worin besteht denn Ihre Krankheit, was haben Sie denn eigentlich ? "

Frau Ku.: " Ei, halt mit den Nerven." Sie lächelt.

Untersucher: " Ja, wie sieht das denn aus. Was haben Sie denn an den Nerven ? "

Frau Ku.: " Wie soll ich ihnen sagen, was man an den Nerven hat ! "

Pause

Untersucher: " Begann das mit den Nerven denn auf ein Mal ? "
Oder ist das so langsam schlimmer geworden ? "

Keine Antwort

Untersucher: " Woran haben Sie denn das mit den Nerven gemerkt ? "

Frau Ku.: " Daß ich nicht mehr arbeiten konnte. "

Untersucher: " Und was haben Sie da gemacht ? "

Frau Ku.: " Ich hab mich hingelegt, bin wieder aufgestanden und "

Die Patientin hat bei alldem keine rechte Ruhe. Sie steht vom Stuhl auf, geht umher, setzt sich wieder. Sie streicht die Tischdecke glatt, immer wieder. Einer anderen Frau fällt ein Kleid vom Bett. Frau Ku. steht schnell auf, hebt es auf, streicht es glatt. Das wirkt selbstverständlich und nicht verlangsamt.

Untersucher: " Sie haben viel Unruhe in sich, nicht wahr ? "

Frau Ku.: " Ja. "

Die Finger spielen dauernd am Mund. Sie reckt sich.

Untersucher: " Was stört Sie denn am meisten ? "

Frau Ku.: " Weil ich so schlecht schlafen kann. "

Untersucher: "Seit wann können Sie denn so schlecht schlafen, Frau Ku.?"

Frau Ku.: " Seit - seit Oktober."

Ihr Blick geht lange Zeit ins Leere, dann fixiert sie mich. Sie lächelt auch mal müde. Ihre Stimme ist zart. Sie hat so etwas, als sei sie weit weg. Eine ältere Krankenschwester kommt vorbei und fordert sie auf: "Schön antworten, gell!"

Frau Ku. spricht sehr langsam, die Worte scheinen ihr schwerzufallen, jeder Satz geht ihr nur mühselig über die Lippen. Sie wirkt sehr müde, was sowohl auf die hohe Medikamentendosis als auch auf ihre Antriebslosigkeit zurückzuführen ist. Hierzu scheint durch ihre starken Unsicherheitsgefühle auch noch die Angst davor zu kommen, sich eindeutig zu äußern. Diese Angst wird in späteren Gesprächen deutlicher, als die Patientin mit dem Problem nicht fertig wird, warum gerade sie aus dem großen Patientenkollektiv eine andere oder zusätzliche Beachtung und Behandlung erfahren solle als die Mitpatienten. Sie steigert sich dann sogar in den Gedanken hinein, unsere Gespräche dienten nur dem Zwecke, Material zu sammeln für eine spätere Zwangseinschleusung in eine "Irrenanstalt". Auch gelingt es Frau Ku. nie, Kontakt zu Mitpatienten zu finden; nie spricht sie jemanden an, und den Annäherungsversuchen anderer steht sie reserviert gegenüber. Sie ist immer bestrebt, durch nichts auf sich aufmerksam zu machen, sich im Kollektiv zu verbergen. Einen Morgenmantel, den ihr ihr Sohn mitgebracht hat, läßt sie wieder zurückgehen, weil er anders sei als der ihrer Mitpatienten.

Diese Angst, die später eindeutig wird, läßt sich an dem vorliegenden Protokoll noch nicht beweisen, ist aber für mich schon zu spüren. Die deensive Haltung der Patientin kommt mir schon bei dieser ersten Begegnung als zu vorsichtig, zu sehr von Unsicherheit geprägt vor, als daß sie nur durch Desinteresse erklärt werden könnte.

Frau Ku.'s Haltung läßt sich fast autistisch nennen, die Patientin gibt kaum ein Zeichen, das man als den Versuch interpretieren könnte, die Mauern um ihre Person zu durchbrechen, das momentane eigene Vorstellungsgebäude zu verlassen. Sie lebt in einer eigenen Welt, die weit weg zu liegen scheint, und zu der Außenstehende keinen oder kaum Zugang haben. Solchen Zugang vermittelt die Patientin selbst nicht. Und doch bildet sich in mir zuweilen der Eindruck, daß ein Anflug Dankbarkeit in den wenigen Sekunden ihres Lächelns liegt, vielleicht der Beginn eines Kontaktes, der aber sofort wieder erlischt. Es scheint, als sei Frau Ku. doch ein klein wenig Freude über menschlichen Kontakt anzumerken, als könne sie selbst aber sozusagen den Weg zum Bewußtwerden oder Verarbeiten dieser kleinen Freude nicht gehen.

Ihr Verhaftetsein in der eigenen autistischen Welt zeigt sich auch darin, daß manche meiner Fragen an ihr vorbeizugehen scheinen, daß die Situation unserer Begegnung bisweilen gar nicht ihr Bewußtsein zu erreichen scheint. Hin und wieder antwortet

Frau Ku. nicht, manche ihrer Antworten brechen unvermittelt ab, und die Patientin gibt sich keine Mühe, den Faden, wenn sie ihn zu verlieren droht, wieder aufzunehmen, worin sich freilich auch ihre Antriebslosigkeit zeigt. Man kann sagen, ihre Gedanken laufen sich schnell tot, sie versickern ab einem gewissen Punkt.

In deutlichem Gegensatz zu dieser gebremsten gedanklichen und verbalen Aktivität steht die körperliche Unruhe der Patientin. Es fällt Frau Ku. schwer, ruhig auf dem Stuhl zu sitzen, unentwegt trommelt sie mit den Fingern auf den Tisch, und den kleinsten Vorgang in ihrer Umgebung beobachtet sie mit Neugierde, sie nimmt ihn fast begierig in sich auf: vielleicht ein sehr passiver Versuch der Kontaktaufnahme. Und es fällt auf, daß ihre Unruhe an den Punkten, wo sie mehr oder weniger gerichtet auftritt, in den Dienst eines von ihr offenbar sehr verinnerlichten Ordnungstriebes gestellt wird: fortwährend streicht Frau Ku. die Tischdecke glatt, und als einer Mitpatientin ein Kleid vom Bett fällt, springt sie regelrecht auf, um es wieder ordentlich zurückzulegen. In diesem Moment wirkt sie enthemmt, und ihre flinken, zielgerichteten Bewegungen lassen ihre sonstige Antriebslosigkeit für ein paar Sekunden vergessen. Doch gleich danach fällt Frau Ku. wieder zurück in ihren zuvor gesehenen Zustand, den sie selbst von Anbeginn an - freilich auch aus der Erfahrung früherer Phasen - als krankhaft betrachtet.

2. Die Welt des Depressiven vor der Phase

Die Aspekte der Interaktionsmuster, der Gegenstandswelt und der Persönlichkeit unserer Patienten werden in den übrigen drei Arbeiten unserer Gruppe ausführlich behandelt. In ihnen wird deutlich, daß das Umfeld der entstehenden Depression eine Reihe von Besonderheiten zeigt. Diese Besonderheiten sollen hier nur in dem Umfange dargestellt werden, in dem sie für das Verständnis der vorliegenden Arbeit notwendig sind.

Daß die anzuführenden Charakteristika nicht nur vom Untersucher als zunächst in irgendeiner Weise auffällig betrachtet werden, sondern daß auch die nächste Umgebung mancher Patienten die Besonderheiten in deren Verhalten und Wesensart erkennt, geht aus einem Gespräch mit der Schwester von Frau S. hervor, die zwei Jahre älter ist als die Patientin und im gleichen Ort wohnt. Hieraus stammt das folgende Protokoll:

Schwester: " Ich habe mich mit unserem größeren Bruder immer besser verstanden, weil sie früher immer gepetzt hat. Na ja, wir haben die Kleine auch öfters abgeschoben, aber wir haben sie auch mitgenommen. "

Untersucher: " Wie verstehen Sie sich denn heute untereinander in der ganzen Familie ? "

Schwester: " Es gab nie Krach in der ganzen Familie, auch heute nicht. "

Untersucher: " Frau Kl., könnten Sie vielleicht einmal versuchen, sich mit ihrer Schwester zu vergleichen. Wo gibt es denn da Unterschiede? "

Schwester: " Ja, wie ist das? - Also ich bin temperamentvoller als sie, war ich auch schon früher. Ich meine, sie hat auch immer gerne mitgemacht. Seit sie verheiratet ist, geht sie nicht mehr weg. Die haben auch wenig Umgang."

Untersucher: " Woran mag das liegen? "

Schwester: " Tja. Vor der Heirat sind beide weggegangen. Und seit der Krankheit ist sie anders, seit dem dritten Kind. Das ist auch wie ein Einschnitt. Da hat sie viel Schwung verloren. Aber es gibt noch Zeiten, wo sie so ist wie früher. "

Untersucher: " Vielleicht sollten wir doch noch einmal drauf zurückkommen, worin Sie sich von ihrer Schwester unterscheiden, Frau Kl.. "

Schwester: " Ich glaube, ich bin - wie soll ich das sagen - aufgeschlossener als sie, ich bin lebenslustiger. Ich kann auch mal was liegen lassen in der Küche, wenn wir weg wollen. Freilich, es soll schon alles sauber sein, aber so streng? Ich glaube, sie läßt sich auch stark beeinflussen von ihrem Mann, sie wäre sonst auch anders. Aber sie verstehen sich, die Beiden. Ich weiß nicht -, Frau S. sucht irgendwie die Arbeit."

Untersucher: " War Ihre Mutter eigentlich streng? "

Schwester: " Ach nein, unsere Mutter war nicht streng. Wir sind sowieso mehr von der Großmutter und so einer ledigen Tante erzogen worden, die war nett. Unsere Mutter war viel auf dem Feld. Nur, Frau S. war ja die Kleinste, die wurde etwas verwöhnt. Der wurde immer mehr erlaubt. Aber sonst -. "

Untersucher: " Sagen Sie, hatten Sie eigentlich in Ihrer Kindheit Probleme? Ich meine keine äußeren, sondern, neigte jemand von Ihnen so zum Grübeln? "

Schwester: " Ach nein, keiner von uns hatte viel mit sich zu tun. Es war keiner in sich gekehrt. Wenn ich etwas hatte, ging ich zu meinem Bruder. Frau S. kam dann später auch zu uns. Und der Kontakt zum Bruder, den sie hat, ist auch heute noch ganz gut, ich würde sagen: normal. "

Sie schüttelt etwas den Kopf.

" Eigentlich war sie früher gar nicht so sehr anders als wir. Aber heute, ich weiß nicht. Man kann doch nicht immer nur für die Familie da sein! Daß sie aber auch gar nichts unternimmt! "

Untersucher: " Welchen Eindruck haben Sie denn von Herrn S., wenn ich Sie das fragen darf. "

Schwester: " Ei freilich können Sie mich das fragen. - Also, er ist ein sonderbarer Mensch, er geht nirgends hin. Früher, als sie noch nicht verheiratet waren, hatte er ein Motorrad, das hat immer schwer gegläntzt. Früher ist er auch rumgezogen. Er ist etwas pedantisch. Ich weiß nicht, man wird einfach nicht warm mit ihm"

Auffallend ist für mich sofort die andere, die freiere Atmosphäre, die in dem Haus der Schwester gegenüber dem der Patientin herrscht und die sich auch im Gespräch äußert: Hier sind nicht alle Räume akkurat aufgeräumt und die geschaffene Ordnung unantastbar; den Kindern werden mehr Freiheiten zugestanden, die Schwester der Patientin und ihr Ehemann machen einen offeneren, zugänglichen Eindruck. Ich hatte einfach das Gefühl, daß in diesem Hause mehr gelacht wird als in dem der Patientin.

Frau Kl. unterhält sich mit mir sehr freizügig, sie ist bemüht, mir alle Fragen möglichst umfassend zu beantworten. Diese ihre Bemühungen scheinen weniger aus Pflichtgefühl zu kommen als aus ehrlich empfundenem Interesse.

Auch für sie hat die Umgebung und das Verhalten der Patientin einige, zum Teil unverständliche Besonderheiten. Auch sie erkennt die Beschränkung allen Interesses auf die Kleinfamilie, deren penible Ordentlichkeit, ein für sie übertriebenes Pflichtbewußtsein und die Unmöglichkeit, über eigene Unzulänglichkeiten einmal hinweggehen zu können, sowie das Fehlen eines Bekanntenkreises.

Einige dieser Wesenszüge und Verhaltensweisen scheinen schon in der Kindheit angelegt zu sein, wie die etwas geringere Offenheit und Zugänglichkeit der Patientin, andere kommen erst nach der Heirat zum Vorschein. In Herrn S. glaubt Frau Kl. eine entscheidende Ursache für den Rückzug ihrer Schwester auf ihr enges Betätigungsfeld gefunden zu haben: dieser ist penibel ordentlich, ehrgeizig, wie sie an anderer Stelle versichert, und wenig zugänglich. Auch er erscheint seit seiner Heirat ein wenig verändert: er konzentriert sich ganz auf seine Familie. So scheinen sich die beiden Eheleute in ihrem Lebensstil gegenseitig zu verstärken. Sie bauen sich eine Existenz auf, die nach außen völlige Intaktheit verspricht und hinter deren Kulissen man nur schwer schauen kann. Sie vermeiden es nach Möglichkeit, sich - wie es ein Verwandter ausdrückte - "in die Karten gucken" zu lassen.

Ebenso wie bei Familie S. ist der Lebensraum der anderen, von uns untersuchten depressiven Patienten, also das Feld, in dem sie sich bewegen, ihre Tätigkeit entfalten, das ihr Interesse besitzt und in dem sie ihre Ideale sehen, auffallend klein, überschaubar und streng abgegrenzt. Er beschränkt sich vor allem auf die eigene Kleinfamilie mit Haus und Garten bzw. auf den Betrieb. Hinzu kommen noch mehr oder weniger feste Bindungen zur Großfamilie sowie zu einigen wenigen Bekannten vom Arbeitsplatz her oder privater Herkunft. Die Patienten legen meist nur wenig Wert auf Kontakte aus ihrem engen Bereich heraus, und selbst in den Fällen, da ein größerer Bekanntenkreis besteht, ist dieser entweder auf die Initiative des Ehepartners zurückzuführen, oder aber man hat den Eindruck, daß die Größe des Freundeskreises zur Selbstbestätigung benutzt wird und als Aushängeschild eigener Offenheit und Jovialität dienen soll. Echten inneren Kontakt zu

Fremden können die Patienten nur schwer erreichen. Selbst wenn sie in dem ihnen vertrauten Kreis einiger weniger Freunde vielleicht einen gewissen Mittelpunkt darstellen, so versiegt ihre Aufgeschlossenheit doch sofort, wenn Unbekannte hinzukommen. So ändert sich denn auch die Zusammensetzung des Bekanntenkreises der Patientin über viele Jahre hinweg kaum.

Den eigentlichen Lebensraum der Patientinnen stellt eben die eigene Kleinfamilie dar. Dem entspricht bei Herrn Sch. die fast ausschließliche Konzentration auf seine Gärtnerei, die er mit großem Ehrgeiz betreibt. Für die untersuchten Hausfrauen der Haushalt und die eigene Kleinfamilie, für Herrn Sch. der eigene Betrieb sind fast ausschließlich die Bereiche eigener Tätigkeit, aus der die Patientin Kraft schöpfen und in der sie ihre Bestätigung suchen. Hier liegt ihr Lebensinhalt, und die Arbeit für Familie bzw. Betrieb wird für sie zum Ideal. So bemühen sich die Patientinnen, eine gute Mutter und Hausfrau zu sein, den Haushalt immer pikopello in Ordnung und makellos sauber zu halten und die Kinder zu "anständigen Menschen" zu erziehen und ihnen eine gesicherte Zukunft zu ermöglichen. Mittelpunkt der Familie ist die fleißige, arbeitsame Mutter, für die das Gefühl entscheidend wichtig ist, gebraucht zu werden. Die Patientinnen sind nur für die Familie da, ihr Leben besteht aus Arbeit und Pflichterfüllung der Familie gegenüber. Sie sind den ganzen Tag über beschäftigt mit Kochen, Spülen, Waschen und ähnlichem, also mit den Aufgaben des Alltags, von denen sie sich - bis auf zwei Ausnahmen - voll in Anspruch nehmen lassen und die sie ohne Murren und mit großer Selbstverständlichkeit erledigen. Dabei herrscht meist beste Laune. Stellt sich eine Aufgabe, - doch nur eine innerhalb ihres bekannten Wirkkreises - so wird diese resolut angepackt. Die Patienten geben fast alle an, nie Langeweile zu empfinden und eine solche auch gar nicht ertragen zu können. Sie suchen direkt nach Arbeit und Beschäftigung, speziell körperlicher alltäglicher Arbeit. Und sogar sonntags, "wenn andere Leute spazierengehen", sagte ein Ehemann, "glaubt sie noch, Strümpfe stopfen zu müssen". Sie planen voraus, lassen sich selten treiben und erledigen täglich ein festumrissenes Programm. Frau D.: "Drüber fiel mir nix ein. Ich hatte mein System". So sind die Patienten auch erst zufrieden, wenn sie ihr Pensum erledigt haben, erst dann können sie ruhig schlafen.

Da ihr ganzes Temperament in die alltägliche Arbeit eingeht, ist es nicht verwunderlich, daß sie nur für wenige andere Dinge Interesse zeigen. Frau Ke.: "Ach wissen Sie, ich bin mit meinem Haushalt so ausgelastet, ich habe dafür gar keine Zeit". So gehen die Patienten wenig aus und fühlen sich in ihren eigenen vier Wänden am wohlsten.

Den äußeren Rahmen des Lebensbereiches stellt eine klar gegliederte und überschaubare Dingwelt dar, die für den Patienten eine auffallend große Wichtigkeit besitzt. Sie besteht in den meisten Fällen aus einem eigenen Häuschen sowie bisweilen einer schön eingerichteten Wohnung und dazu oft einem Gärtchen, das als Hobby bestellt wird. Die Tatsache, daß man so sehr Wert

darauf legt, ein eigenes Haus zu besitzen, deutet - über den Zug unserer Zeit hinaus - darauf hin, auch hier die Abgrenzung gegenüber der Außenwelt selbst regulieren, Unabwägbarkeiten ausschließen zu wollen.

Zugleich dient sie dem Patienten zur Selbstbestätigung; die eigene Arbeit zeigt sich in klar erkennbaren, faßbaren Er-rungenschaften. Dieser Sinn für Eigentum und Materialien ist uns in unseren Untersuchungen immer wieder begegnet. Er mag zugleich auch Symptom sozialen Ehrgeizes sein, denn manche Familien strebten direkt und bewußt einen sozialen Aufstieg an. Die hier beschriebenen Verhaltensweisen und Einstellungen der Patienten sind sicher auch in hohem Maße von der sozialen Stellung abhängig. Doch fiel in unseren Untersuchungen auf, daß sich diesbezüglich bei den Angehörigen verschiedener sozialer Schichten die gleichen Tendenzen zeigten.

So läßt sich also zusammenfassend sagen, daß sich die unter-suchten Patienten vor ihrer Erkrankung nur in einem engen und fest umrissenen Lebensbereich bewegen, fast ängstlich zu viele Kontakte nach außen vermeiden und auch ihre Interessen weit-gehend auf den ihnen bekannten Bereich beschränken. Sie leben vor allem für ihre Familie bzw. ihren Betrieb und füllen extrem arbeitsam und pflichtbewußt eine starre Rolle in diesem Rahmen aus. Über diese Rolle hinaus legen sie wenig Freizügigkeit, über ihre Pflichten hinaus wenig weitere Aktivitäten an den Tag. Ich hatte oft den Eindruck, daß die Patienten sich mehr oder weniger bewußt und ängstlich in einem gewissen Mittelmaß be-wegen. So sagte auch Frau D.: " Ich habe immer den goldenen Mittelweg gewählt ".

3. Die Zeit des Krankwerdens

A. Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens des Patienten.

Die ersten Zeichen einer Veränderung des Patienten treten ent-weder ganz spontan, wie aus heiterem Himmel, auf, oder die Depression beginnt allmählich und schleichend. Frau M. sagt über den plötzlichen Beginn ihrer Phase: "Es kommt einfach über Nacht. Am Tag zuvor konnte ich noch ganz normal arbeiten. Zwar fühlte ich mich etwas abgeschlagen, aber die Arbeit ging mir noch ganz gut von der Hand. Und am nächsten Tag hatte ich zu nichts mehr Lust.... Am liebsten wäre ich den ganzen Tag im Bett geblieben". Diese Aussage steht für eine Reihe anderer gleichlautender Aussagen von Patienten, die von der Depression einfach über-rascht wurden. Eines Morgens z.B. sieht der Sohn von Frau Ku. seiner Mutter an den Augen, die nervös umherblicken und gleich-zeitig verraten, daß Frau Ku. mit ihren Gedanken weit weg zu sein scheint, an, daß mit ihr "etwas nicht stimmt." Und tatsäch-lich ist dies der Tag, an dem sich die Depression mit Nach-dringlichkeit einstellt. Ein allmähliches Einschleichen von

Symptomen beschreibt die andere Hälfte der Patienten so, daß sich "gute und schlechte Tage" abwechseln und im Laufe der Zeit - manchmal eines ganzen Jahres - die schlechten Tage immer mehr zunehmen. Es gibt also Tage, an denen sind die Patienten leistungsfähig wie eh und je und frohgestimmt, während sich an anderen eine depressive Symptomatik mehr oder weniger deutlich zeigt.

Diese Symptomatik, die bei plötzlichem wie schleichendem Beginn letztlich die gleiche ist, zeigt sich in verschiedenen Bereichen der Person. Denn auch der Patient selbst beurteilt den Grad seiner Verstimmung, die ihn oft noch lange nicht an eine Krankheit denken läßt, nicht nur nach seiner gefühlsmäßigen Verfassung, sondern ebenso nach physiologischen Kriterien. Und speziell für seine Angehörigen ist die körperliche Sphäre das entscheidende Merkmal seines Gesamtzustandes. So stehen zunächst - und für die Angehörigen noch lange Zeit - Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, rheumatische Erscheinungen, Husten, bisweilen auch Amenorrhoe im Vordergrund. Daneben treten dann aber Veränderungen auf, die schon deutlicher an eine körperlich-psychische Verbindung denken lassen: Schlaflosigkeit, Nervosität, Gereiztheit bei nichtigen Anlässen, allgemeine Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Deutlich zeigt sich die Unfähigkeit, das eigene Gesamtfinden in Worte zu fassen darin, daß sich der Patient mit der Beschreibung körperlicher Manifestationen allein behilft, obwohl bald schon das Bewußtsein vorhanden ist, daß sein Wille mitinfiziert ist: er spricht von dem Gefühl, einen "Kloß im Hals" stecken zu haben, oder mit dem Laufen gehe es nicht mehr so richtig. Schon in der Formulierung von Frau Hu.: "Meine Beine wollten einfach nicht mehr", ist der Hinweis auf den Willen enthalten, doch wird er noch von der eigenen Gesamtperson ausgeklammert und nur auf einen Teil der Person, noch dazu auf einen sehr peripheren, projiziert. Daneben freilich stehen noch hilflosere Formulierungen wie: "Es war alles verkrampft in mir" von Frau Hu. oder die eindringliche Schilderung von Frau Kp.: "In der Nacht, da war es furchtbar für mich. Da war ich so verkrampft, und mein Mann wußte nicht, was er machen sollte. Und da sind die Nachbarn gekommen und haben mir die Hände auseinandergetan und haben alles so massiert...".

Doch nach einiger Zeit steht v.a. für die Patienten selbst, aber auch für die Angehörigen, die Antriebslosigkeit im Vordergrund. Sie scheint aus dem tiefen Inneren des Patienten zu kommen und ist unabhängig von äußeren Angeboten. Sie umfaßt die ganze Person und zeigt sich in Desinteresse an Fernsehen, Zeitschriften und Unterhaltungen sowie dem Rückzug von fast allen Bekannten. Die Kontakte zu anderen Menschen werden auf ein Minimum beschränkt, und dies ging in allen Fällen der Untersuchung vom Depressiven aus, nicht von seiner Umwelt, für die der Patient nun in anderer Hinsicht mehr in den Mittelpunkt rückt als vorher, nämlich durch seine ungewöhnlichen Verhaltensweisen, und für die er nicht mehr als Zentralpunkt und koordinieren-

der Faktor der Familie gilt.

Frau S.: "Meine Mutter kam dann ziemlich oft rüber. Sie hat anfangs den Kopf geschüttelt und gesagt: "Was machst du nur für Sachen!" Böse war sie nicht. Sie hat dann immer im Haushalt geholfen. Ich konnte ja nicht mehr.

Speziell für die Großfamilie gewinnt der Patient nun mehr an Interesse: er ist aus der Anonymität seiner alltäglichen Rolle innerhalb der Kleinfamilie herausgetreten.

Sogar vor seinen nächsten Angehörigen beginnt der Patient sich zurückzuziehen. Er bleibt an manchen Tagen im Bett und flieht öfter als gewohnt ins Schlafzimmer. Hier fühlt er sich sicherer, glaubt er sich geschützter vor einer Umwelt, die er nur noch als permanente Bedrohung erfährt: alle Menschen flößen ihm Angst ein, so daß er nicht mehr in der Lage ist, alleine einkaufen zu gehen; seinen Bekannten weicht er aus, sogar seinen nächsten Angehörigen, denen gegenüber er tiefe Schuldgefühle verspürt, weil er seinen Aufgaben sich nicht mehr nachzukommen getraut.

Frau Ku.: "Egal, was ich angepackt habe, es war nichts. Da mußte mein Mann alles machen, das geht doch nicht. Was ist denn das für eine Hausfrau!"

Diesem Schuldgefühl eigener Unzulänglichkeit mischt sich die tiefe Unzufriedenheit bei, nicht mehr so arbeiten zu können wie gewohnt und nicht mehr in gleicher Weise wie vorher Mittelpunkt der Familie zu sein. Der Patient ist mit seiner eigenen Insuffizienz konfrontiert und erfährt, daß er diese aus eigener Kraft nicht mehr aufheben kann. So wird er sich selbst fremd und versteht sich nicht mehr. Er versteht nicht die Änderung seines Verhaltens, seine Interessenlosigkeit, die ihn durch den Verlust aller Beziehungen nach außen einsam und leer zurückläßt; er versteht nicht, daß er seinen Pflichten nicht mehr nachkommen kann und somit seine wichtigsten Mechanismen zur Selbstbestätigung, vielleicht seiner Selbstverwirklichung - oder was er dafür hält - wegfallen; und er erfährt besonders schmerzlich, daß er sich nicht mehr selbst steuern kann, daß sein Einfluß auf ihn selbst versagt. Die Diskrepanz zwischen Ichideal und tatsächlichem Verhalten hat sich enorm verbreitert.

Hinzu kommt bisweilen noch, daß die Patienten fest davon überzeugt sind, sich äußerlich verändert zu haben und daß man ihnen ihren seelischen Zustand an den Augen erkennen könne. Frau D. behauptet fest, von ihren Augen einen verräterischen Ausdruck ihres Inneren ablesen zu können, und ist durch keine gegenteilige Bezeugung hiervon abzubringen. Die Welt des Depressiven ist so weit von der Welt des Gesunden entfernt, daß er diesem auch die Fähigkeit der Beurteilung seiner Welt bestreitet. Vielleicht ist in solchem Bestreiten schon der Beginn einer Etablierung in der eigenen Krankheitswelt zu erkennen, ein Versuch, sich wieder feste Parameter zu erstellen und sich die eigene Urteilskraft zu stärken und wieder nachzuweisen. Immerhin war jedoch Frau D.

recht dankbar und ein klein wenig beruhigt, wenn man ihr versicherte, ihr Äußeres habe sich nicht verändert, auch wenn sie es nicht ganz glauben wollte. Es ließ ihr eben doch einen Weg mehr zur gesunden Welt offen.

So werden aus Menschen der Tat, die in ihrem bekannten Bereich gewohnt waren, die auftretenden Schwierigkeiten resolut anzupacken, aus Menschen, die ganz auf äußere Probleme des Alltags konzentriert waren, solche, die sich plötzlich vor jeder Anforderung zu verbergen suchen und mit ihren inneren Schwierigkeiten nicht mehr zurechtkommen.

Alte Minderwertigkeitsgefühle tauchen wieder auf und lähmen die Patienten. Herr Sch. wird durch den kleinsten Mißerfolg in seiner Gärtnerei völlig aus der Fassung gebracht und hält sich für einen miserablen Gärtner; Frau Sch. erinnert sich wieder ihrer unehelichen Geburt und wird in ihren Augen zu einem Menschen zweiter Klasse. Frau D. beginnt zu grübeln und stellt fest, daß sie noch nie bewußt über den Sinn ihres Lebens nachgedacht hat, Frau S. neigt plötzlich zum Tagträumen; andere Patienten blicken geistesabwesend vor sich und scheinen mit ihren Gedanken weit, weit weg zu sein. Es fällt sogar manchmal schwer, klare Gedanken zu fassen. Frau Kp.: Vor Ausbruch der Krankheit war ich ein ruhiger Mensch, ich habe mich um meinen Haushalt und das Haus gekümmert.... Jetzt weiß ich oft gar nicht, was ich denke, es ist alles so schwer. Früher habe ich die Dinge auf mich zukommen lassen und dann mit meinem Mann gemeistert.... ich bin richtig nervös manchmal. " Und Frau Hm.: "Mein ganzer Schwung ist weg, ich sitze da auf meinem Stuhl und weiß nicht einmal, was ich denken soll oder ob ich überhaupt denke. Und dann geht alles so mühsam und langsam....".

Am eindringlichsten zeigt sich der seelische Zustand der Patienten in ihrem Arbeitsverhalten. Hier werden die Störungen des Antriebs und die Insuffizienzgefühle am deutlichsten, vielleicht, weil sie in diesem Bereich für die Umwelt und den Patienten am eingreifendsten und damit direkt erfahrbar sind, sicher aber durch den besonders auffallenden Kontrast des Arbeitsverhaltens vor und während der Phase.

Bei einer Reihe von Patienten beginnt die Depression nicht mit einer deutlich sichtbaren Antriebsminderung, sondern mit hektischer Betriebsamkeit. Entsprechend ihrer gesteigerten Nervosität können sie nun gar nichts mehr unordentlich umherliegen sehen, sondern ihr Ordnungssinn zwingt sie zu noch pedantischerem Aufräumen. Der Zwang zu Sauberkeit äußert sich in einer regelrechten Putzwut, die anfangs noch weitgehend sinnvoll erscheinen mag, bald jedoch bizarre Formen annimmt, wenn z.B. Frau Bo. völlig unmotiviert einen Bratofen ausputzt, der seit Jahren nicht mehr in Betrieb war. Die Patienten drohen also den geordneten Zugang zu ihren Aufgaben zu verlieren.

Für manche von ihnen und ebenso die Angehörigen ist die Steigerung der Betriebsamkeit geradezu ein Gradmesser der kommenden Krankheit.

Diese hektische und übertriebene Arbeitssucht - besser dieser Arbeitszwang, denn dies wird von den Patienten viel eher als ein von außen auferlegter Zwang erfahren - kann verschieden erklärt werden. In jedem Falle jedoch spielen aufkommende Insuffizienzgefühle eine entscheidende Rolle: Frau Hu.: "Da habe ich mich aber zusammengenommen und habe auch noch die Fenster geputzt und den Hausflur gereinigt, einfach weil ich mir zeigen wollte, du brauchst ja gar keine Angst zu haben...". Hier kann die Steigerung der Betriebsamkeit als eine Flucht nach vorne verstanden werden, als der Versuch der Patientin, ihr langsam quasi herbeikriechendes Gefühl der Unsicherheit und eigener Unfähigkeit zu kompensieren. Dies kann aus dem Motiv heraus geschehen, sich selbst beweisen zu wollen, daß man doch noch zu normaler Leistung fähig ist. Oder aber der Depressive will seine Schwäche vor den Angehörigen vertuschen und herunterspielen. Oder er fühlt sich verpflichtet, sein Pensum zu erledigen. Es gelingt ihm nicht, seine Ansprüche an die eigene Leistungskraft zu reduzieren, und da er seine Aufgaben nicht mehr mit normalem Aufwand erledigen kann, muß er diesen erhöhen. Frau M. gar arbeitete im voraus. Als sie merkte, daß ihre Schaffenskraft nachließ, brachte sie die Wohnung noch einmal in beste Ordnung, damit alles wenigstens noch für eine Zeit lang "tip top" wäre, wenn sie gar nicht mehr arbeiten könnte.

In dem Maße, wie Insuffizienzgefühle und Antriebsschwäche sich steigern, läßt die hektische Betriebsamkeit der Patienten nach. Aus der Flucht nach vorne wird eine Flucht vor den eigenen überhöhten Ansprüchen in einen Raum, wo man möglichst wenig an diese und sein Pflichtbewußtsein erinnert wird. Der Zwang aufzuräumen, zu säubern und zu ordnen, geht auch weiterhin von den Dingen des Haushaltes oder den Anforderungen des Betriebes aus und macht den Patienten nervös, doch nimmt dieser die Herausforderung nicht mehr an. Seine Reaktion ist jetzt nicht mehr, aufzuräumen und zu säubern, sondern nicht hinzuschauen, sich abzuwenden, sich möglichst vor den übermächtig werdenden Reizen der Umwelt zu schützen und zu verbergen.

Nicht alle Patienten gehen diesen Umweg über die geschilderte Phase der Hektik. Nicht alle unternehmen diesen aktiven Abwehrversuch, durch eine Leistungssteigerung doch weiterhin den empfundenen Anforderungen zu entsprechen. Sie reagieren auf das Überflutetwerden von Reizen aus der Umgebung sofort oder nach einer nur kurzen Phase bizarrer, ungeordneter und hilfloser Betriebsamkeit mit der Flucht in die Passivität. So stehen hier Antriebsschwäche und Insuffizienzgefühle von Anfang an deutlich im Mittelpunkt. Die Patienten beginnen, sich selbst zu beobachten - schon Zeichen einer veränderten seelischen Lage - und stellen fest, daß irgendetwas nicht mehr so ist wie normal; die Arbeit geht nicht mehr voran, man ist nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu versorgen wie früher. Frau Hu. sagt: "Ich habe kein Essen mehr zusammengebracht". Herr Sch. verliert den Überblick über seine Gärtnerei. Von überallher wachsen Probleme auf den

Patienten zu, jede noch so kleine Aufgabe wird bald zu einem schier unlösbaren Problem, dem die Person hilflos, nervös und angstvoll gegenübersteht. Sie hat das Gefühl, alles einfach nicht mehr zu schaffen, keiner Anforderung mehr entsprechen zu können, hoffnungslos überfordert zu sein. Und da sie diesem Gefühl aktiv nicht mehr begegnen kann, es einfach auszuhalten und zu ertragen aber auch nicht in der Lage ist, weil sich das Pflichtbewußtsein und die Anforderungen an die eigene Person gerade des Depressiven besonders eindringlich melden, bleibt ihm nur der Weg, Augen und Ohren zu verschließen und sich zurückzuziehen.

Frau Em.: " Das ist schrecklich: Du willst irgendwie und kannst nicht. Überall ist was zu tun, die Arbeit erschlägt dich fast. Da soll einer Ruhe finden. Am besten, man guckt gar nicht mehr hin. "

So stehen manche Patienten - wie oben schon erwähnt - morgens gar nicht erst aus dem Bett auf, um der Herausforderung des Tages nicht begegnen zu müssen. Oder sie ziehen sich plötzlich auf eine kleine, für sie unerträgliche Anforderung hin ins Schlafzimmer zurück und versuchen, durch eine Flucht zu Schlaftabletten allen Reizen zu entgehen. Selbst Patienten, die sonst fast nie Medikamente nehmen und sich nur mit Nahrungsmitteln aus dem Reformhaus verpflegen, greifen jetzt zu großen Mengen an Tabletten als einer Stütze. Die Vorsicht ihrer körperlichen Gesundheit gegenüber ist zweitrangig geworden.

Den Patienten genügt aber nicht ein Rückzug nur aus dem Bereich, der die Hauptanforderungen stellt, also dem Arbeitsbereich, Haushalt oder Betrieb. Der Rückzug muß total sein, denn allen Bereichen der Umgebung gegenüber fühlt sich der Patient insuffizient. Der Einbruch in sein Selbstwertgefühl ist umfassend. Neben seinem Arbeitsbereich zieht er sich also von seinen Angehörigen zurück, die er schuldhaft zu vernachlässigen glaubt und die ihn womöglich an seine Pflichten erinnern. Er geht ihnen aber auch deswegen aus dem Weg, weil er spürt, daß er sie nicht mehr so lieben kann wie früher und wie er sich verpflichtet fühlt zu tun. Er fühlt seine Angehörigen sich fremd werden, fühlt sich deswegen schuldig, denn er kann keinen Grund dafür angeben und weiß doch, daß es von ihm ausgeht. Dies ist für ihn umso schlimmer, als er merkt, daß seine Angehörigen ihn unverändert lieben und schätzen, was in den meisten Fällen der Untersuchung der Fall war. Frau Bo. klagt: " Ach, ich habe so einen guten Mann. Was könnten wir es so schön haben... ". Der normale Zugang zu seiner Familie erweist sich dem Patienten als versperrt. Er sieht, daß seine Angehörigen weiterhin offen sind für ihn, ja direkt

auf seine erneute Zuwendung warten, und merkt, daß er sie enttäuschen muß. Auch wenn er diese Abkapselung nicht schuldhaft vollzieht und das Zwanghafte seines Handelns oder Nichthandelns erkennt, entwickelt er doch Schuldgefühle.

Um diesem allem zu entgehen, zieht er sich zurück. Seine Aggression seiner eigenen Unfähigkeit gegenüber oder ursprünglich seinem bösen Schicksal gegenüber, das jedoch ungreifbar bleibt und keinen Angriffspunkt bietet, wendet sich gegen ihn. Aus Mangel an einem äußeren Angriffspunkt und da er selbst das greifbarste Objekt ist - nicht nur "örtlich", sondern auch, was die Verursachung dieser schmerzlichen Lage betrifft - belädt er sich mit Selbstvorwürfen, bezichtigt sich maßloser Schuld, der Unfähigkeit allem gegenüber und hält sich für klein, häßlich, nichtig und wertlos. Frau Hm.: "Ich wollte einfach keinen mehr sehen. Und außerdem: Wie sehe ich denn aus. Mich sollte in diesem Zustand keiner sehen." Die selbe Patientin meinte an anderer Stelle: "Nun schauen Sie mich an. Früher war ich eine flotte Frau, und jetzt? - Jetzt bin ich eine Trauerpfanne...".

Das Gefühl eigener Nichtigkeit und das Maß an Aggressionen kann so weit gehen, daß es zum Selbstmordversuch treibt. Drei der sechzehn Patienten hatten einen oder zwei Suizidversuche unternommen. Eine Patientin schildert das so: "Was soll denn mein Mann mit mir? Mein Mann soll doch eine gesunde Frau haben, keine Kranke. Da hab ich das halt gemacht." In allen diesen Fällen griffen die Patienten zu einer Überdosis an Tabletten, meist den Schlaftabletten, deren Wirkung sie für das Vergessen ihrer Pflichten als so wohltuend empfunden hatten.

Nur in wenigen Fällen richtet sich die Aggression nach außen, gegen die Angehörigen. Frau Er. will ihren Vater mit dem Stuhl aus dem Fenster treiben und warnt den Untersucher bei der ersten Begegnung: "Vorsicht, ich bin aggressiv, ich werde bestimmt auch noch auf sie losgehen." Frau Be. drohte damit, ihre Kinder umzubringen: "Ich kann sie nicht mehr leiden." Ein derartiges Verhalten ist dann der Fall, wenn die Patienten feststellen, daß sie immer weniger den Mittelpunkt der Familie darstellen, oder glauben, aus ihm sogar verdrängt werden zu sollen. In zwei Fällen war eine derartige Rivalität unabhängig von der Krankheit schon vorhanden, in zwei weiteren entstand sie durch Patienten, die sich parallel zu ihren Unzulänglichkeiten an den Rand der Familie gedrängt fühlten. Oder aber die Aggression ist Reaktion auf vermeintliches oder echtes Unverständnis der Angehörigen, die die Patientin an die Arbeit treiben wollen. Auch entläßt sich die Aggression bisweilen einfach an den nächsten erreichbaren Personen.

Durch solche Angriffe, mehr aber durch den Rückzug in totale Passivität verlieren die Patienten den Zugang zu ihren nächsten

Angehörigen. Sie verlieren gleichzeitig - wie oben erwähnt - den Kontakt zu den entfernteren Verwandten und Bekannten, die sie als Gesunde zu sehr an bessere Zeiten, zugleich aber an ihre Pflichten und Versäumnisse erinnern. Zudem verbergen sich viele Patienten aus Scham über die eigene Unzulänglichkeit und ihr vermeintlich abstoßendes Äußeres. Sie wollen es niemandem zumuten, sich ein "solches Bild des Elends", wie es Frau D. nennt, anschauen zu müssen.

Manche Patienten versuchen sogar, ihre Depressionen vor den nächsten Angehörigen zu verbergen. So weiß nur die Ehefrau von Herrn Sch. über dessen Krankheit Bescheid, und selbst die im gleichen Hause wohnenden Söhne werden nicht eingeweiht. Herr Sch. gibt vor, bestimmte Kuren machen zu müssen, wenn er an einem Tag nicht in der Lage ist, das Schlafzimmer zu verlassen. Wahrscheinlich sind es Autoritätsgründe, die ihn dazu bewegen, so zu verfahren. "Ich will das Heft in der Hand behalten", sagte er einmal in einem etwas anderen Zusammenhang. Doch direkt darauf angesprochen meinte er nur verlegen: "Ach, ich mag das nicht!" Wahrscheinlich wird es einer Frau in unserer Gesellschaft leichter gemacht, eine Krankheit zuzugeben, denn ihr ist es eher erlaubt, Schwäche zu zeigen.

Für Frau Ku. sind in diesem Zusammenhang die größten Sorgen, was denn nur die Nachbarn denken sollen, wenn sie so wenig arbeitet und oft tagsüber im Bett liegt. Für sie steht nicht ein mögliches negatives Image durch die Krankheit selbst im Vordergrund, sondern der Gedanke an die eigene Insuffizienz im Arbeitsverhalten, die sich in der Ansicht der Nachbarn zu spiegeln droht.

Doch gibt es auch eine Reihe von Fällen, in denen die Nachbarschaft "Bescheid weiß", wie Frau E. betont, und deren Anteilnahme dem Patienten guttun. Überhaupt ist es so, daß die besonders weichen und passiven Patienten gerade während ihrer Krankheit ein hohes Maß an Anlehnungsbedürfnis haben und bei ihrem Rückzug den Kontakt zu ihren Angehörigen auf dem einen Weg des Mitgefühls aufrecht erhalten. So benutzen Frau P. und Frau Bo. jede Gelegenheit, durch Klagen und Tränen auf sich aufmerksam zu machen und Mitleid zu erwecken. Doch einen anderen emotionellen Kontakt als diesen, der regressive Tendenzen und Schutzsuche beinhaltet, können auch sie nicht schaffen.

Ebenso wie zu den Personen haben die Patienten auch zu den Dingen und Handlungen, die ihnen sonst lieb und wert waren, den Zugang verloren. Alle Quellen von Freude und Lust sind ihnen verschlossen. So stellte Frau D. eines Tages bestürzt fest: "Ich habe plötzlich keine Beziehung mehr zu meiner Wohnung", obwohl sie diese sonst immer besonders liebte. Auch die alltägliche Arbeit oder das Bestellen des eigenen kleinen Gärt-

chens - für die meisten Patienten sonst von besonderem Wert - fällt als Freudenquelle aus. Auch die sexuellen Bedürfnisse - bei den meisten Patienten ohnehin von nicht allzugroßer Wichtigkeit - lassen stark nach. Frau Bo.: "Ich habe gar keine Freude mehr an meinem Mann."

So hat die Abkapselung des Patienten nicht nur eine Abschirmung gegenüber den eigenen und von außen kommenden Anforderungen und von den Gefühlen eigener Unzulänglichkeit zur Folge, sondern sie verschließt ihm zugleich den Zugang zu den Dingen, die ihm sonst das Leben lebenswert gemacht haben.

Alle diese Veränderungen, die mit ihm vorgehen, erlebt der Patient bewußt mit. Ganz zu Beginn seiner Depressionen mißt er diesen als momentaner Stimmungsschwankung noch nicht allzuviel Bedeutung bei. Im Vordergrund seiner Selbstbetrachtung - und diese ist auch eines der ersten Kriterien der beginnenden Erkrankung - stehen die oben beschriebenen körperlichen Symptome. Diese versucht er zu erklären oder so lange als möglich zu ignorieren und als unwichtig und nicht beeinträchtigend abzutun. Er versucht, seine seelischen und gefühlsmäßigen Symptome durch die körperlichen zu erklären, 1. weil dies für ihn einfacher ist, denn für körperliche Erscheinungen ist schnell eine Erklärung parat, während die psychischen ungreifbarer, schwerer abzuleiten und dadurch bedrohlicher sind und der Patient ihnen hilfloser gegenübersteht. Und 2. ist die Angst vor psychischer Alterierung größer, weil diese seine ganze Person umfaßt, nicht projizierbar auf einen bestimmten Teil der Person ist und daher nicht abgekapselt, abgetrennt, dem gesunden Teil der eigenen Person gegenübergestellt werden kann. So ziehen die Patienten den Glauben an eine organische Erkrankung dem an eine psychische vor. Frau D. sagte in einem späteren Stadium ihrer Depressionen hierzu passend: "Ach, wie gerne hätte ich eine organische Krankheit... Aber diese Krankheit, das ist furchtbar."

Die Neigung, alle Symptome nur als vorübergehend zu betrachten, macht dann doch bald einem echten Krankheitsgefühl platz, bei den Patienten selbst eher als bei den Angehörigen. So ist die Tatsache, daß die Patienten oft tagsüber im Bett bleiben, nicht nur durch die Flucht vor Reizen - wie oben beschrieben - zu erklären, sondern auch dadurch, daß die Patienten das Gefühl haben, daß ihnen dies als Kranken zusteht. Die Selbstbeobachtung steigert sich in hypochondrische Bereiche, und die kleinste Veränderung der eigenen Person wird wahrgenommen und zu deuten versucht. So sind sich die Patienten doch schon recht früh darüber im Klaren, daß die Ursache der Störungen im seelischen Bereich zu suchen ist und daß die körperlichen Symptome nur Begleiterscheinungen sind. Und ebenso wächst in ihnen die Überzeugung heran, daß sie sich aus eigener Kraft aus dieser Situation nicht befreien können. Genauer zum Thema Einsicht in die Krankheit soll später erörtert werden.

B. Verhalten und Einstellung der Angehörigen

Das Spektrum des Verhaltens der Angehörigen und ihrer Einstellung zu den beginnenden Veränderungen des Patienten ist weit. Es reicht von dem Versuch des Verstehens über steigende Fürsorge bis hin zum Positionskampf innerhalb der Familie.

Voraussetzung für ein bestimmtes Verhalten dem Patienten gegenüber ist, daß die Angehörigen auf dessen Veränderungen überhaupt erst einmal aufmerksam werden. Dies kann länger dauern, als man als Außenstehender anzunehmen geneigt ist. Anfangs macht der Patient vor allem durch Äußerungen auf sich aufmerksam. Er erwähnt allgemeine Symptome, vor allem körperliche, aber beklagt auch, daß ihm alle Arbeit und Interesse schwerfalle, daß ihm nichts mehr so recht von der Hand gehe. Für die Angehörigen stehen die körperlichen Symptome lange Zeit im Vordergrund und scheinen die beginnenden seelischen zu erklären. Doch allem wird noch keine rechte Bedeutung beigemessen; es scheint nur vorübergehender Natur zu sein. Die Verdrängung funktioniert weitgehend noch und wird durch viele Angehörige eifrig genutzt.

Deutlicher werden die Veränderungen am Patienten erst, wenn dieser seine Pflichten öfter vernachlässigt und nur noch ein Minimum an Antriebskraft zeigt. Selbst in diesem Stadium wird oft noch nicht an eine echte Krankheit gedacht, weil in den meisten Fällen noch gute und schlechte Tage abwechseln. Erst wenn der Patient fast gar nicht mehr aus dem Bett aufsteht, also eine deutliche Kontinuität in der Veränderung eingetreten ist, ist allen Angehörigen klar, daß eine echte Erkrankung vorliegt. Doch wird diese auch jetzt noch lange für eine körperliche gehalten bzw. sie wird irgendwie auf "die Nerven" geschoben als erstem Schritt auf die Körper-Seele-Sphäre hin: "Er hat's irgendwie mit den Nerven." An eine echt psychiatrische Erkrankung wird erst später gedacht, auch durch den Hausarzt, der meist wegen der körperlichen Symptome aufgesucht wurde.

Im allgemeinen reagieren die Angehörigen auf die Veränderungen des Patienten - zumal, wenn sich allmählich das Bewußtsein einer Krankheit einstellt und das momentane Verhalten des Patienten nicht mehr mit einer Laune zu verwechseln ist - mit Nachsicht und versuchen, ihn zu schonen und ihm Arbeit abzunehmen. Das Bemühen ist groß, doch das Echo des Patienten gering. Dieser ist jetzt durch die Angehörigen in seinem Inneren praktisch nicht zu erreichen, er wirkt blockiert. Er versteht die Bemühungen der anderen zwar meist als gutgemeint, verarbeitet sie aber nur wenig und reagiert kaum darauf. Herr S. geht zu seiner Frau ins Schlafzimmer, bewegt sie dazu aufzustehen und sagt: "Komm, wir gehen mal ein bißchen in den Garten und spielen Ball, damit Du mal auf andere Gedanken kommst." Frau S. geht mit und spielt mit, aber sie findet keinen Zugang zu Spiel und Partner, sie

wirkt mechanisch, fast wie ein Roboter. Oder Herr Bo. versucht, seine Frau etwas zu aktivieren, indem er mit ihr spazieren geht. Doch er scheint nur mit ihrem Körper spazieren zu gehen. Er tut ihr durch diesen Spaziergang keinen Gefallen. Vielmehr scheint sie ihm gerade nur den Gefallen zu tun, ihm wenigstens mechanisch einmal zu folgen.

Die Appelle der Angehörigen gehen ins Leere, der Versuch, die Patienten zu aktivieren, schlägt fehl und ändert nichts an ihrem Zustand. Ja, Appelle und Aufmunterungen werden sogar nicht recht als solche verstanden, sie erreichen den Patienten nicht.

C.Muhr (9) beschreibt die Unmöglichkeit, selbst mit den nächsten Vertrauten Kontakt aufzunehmen, in ihren Tagebuchaufzeichnungen über ihre Depressionen an einer Stelle so:

"... Oft glaube ich, statt der Worte kommen mir Luftblasen aus dem Mund. Ich schreie, wie so oft in meinen letzten Träumen, lautlos. Sie leben alle um mich herum, die ich beschwören will, etwas zu tun, weil ich selber nichts mehr für mich tun kann. Sie hören nichts, sie haben viel Zeit, sind etwas besorgt, aber sonst ganz gelassen. Sie sind mir schließlich zugetan, wollen nur das Beste und lächeln freundlich."

Die Bemühungen der Umgebung werden zwar registriert, jedoch nur als Bewegungen ohne tiefe Bedeutung, nicht als adäquate Zuwendung. Und der Patient selbst ist nicht in der Lage, sich mitzuteilen und Brücken zu schlagen, wenn es ihn auch noch so danach drängt. Er bleibt isoliert.

Wenn man auch die einzelnen Stadien der Reaktion der Angehörigen nicht scharf voneinander trennen kann, und die verschiedenen Reaktionen zugleich nebeneinander und nacheinander auftreten, so kann man doch sagen, daß zumeist als nächstes der Versuch gemacht oder intensiviert wird, den Patienten zu verstehen. Die Suche nach einer Ursache, einem Auslöser beginnt, die Angehörigen machen sich Gedanken über den Mechanismus des Vorganges, also die Zusammenhänge der Symptome, und sie versuchen, die Gefühle des Patienten zu verstehen. Doch das Bedürfnis nach Erklärung bleibt weitgehend unbefriedigt, und auch das Nachempfinden des seelischen Zustandes des Patienten gelingt nicht recht.

Dies führt dann in einigen Fällen zu offenem Unverständnis und Kritik. Man stellt fest: "Ihr geht es ja gar nicht so schlecht", oder appelliert kurzerhand an den Patienten: "Also, jetzt reiß' Dich aber mal zusammen". Herr M. drückt sein Unverständnis so aus: "... Dabei liegt doch gar kein Grund für so etwas vor, meine Frau hat doch alles, was sie will ... Ich verstehe das nicht."

Oder aber das kopfschüttelnde Bemühen um den Patienten bleibt. Herr Bo. seufzt: "Was könnten wir es so schön haben", nimmt seiner Frau weiterhin die meisten Pflichten ab und kümmert sich

um sie. Auch in anderen Familien wird die Rolle der erkrankten Hausfrau und Mutter durch andere Angehörige zeitweilig mit übernommen, sei es durch den Ehepartner, sei es durch die Mutter der Patientin, die täglich für die Familie das Essen kocht und sich um die kleinen Kinder kümmert.

Es zeigt sich, daß das Verständnis der Angehörigen oft seine Grenzen an der eigenen Bequemlichkeit findet. Selbst wenn man sich weiterhin intensiv um ihn bemüht, wird der Patient doch auf die Dauer in vielen Fällen als lästig angesehen, zumal, wenn er wie Frau Bo. und Frau P. die Bezugspersonen dauernd an sich fesselt und nicht alleine gelassen werden will, oder wenn auf den Ehepartner zu viele Pflichten entfallen. Aggressionen entstehen also bei den meisten näheren Angehörigen. Es hängt von deren Wesen ebenso wie vom Wesen und Verhalten der Patienten und dem Maß der anfallenden Pflichten ab, inwieweit und in welcher Form sie sich ausleben oder unterdrückt werden können. Im Laufe der Krankheit wird fast jeder nähere Angehörige zumindest zeitweilig ungeduldig und macht dem Patienten offen oder insgeheim Vorwürfe, weil er selbst mehr gefordert wird und sich dazu noch um den Patienten kümmern soll, dieser aber sich von fast allen Pflichten zurückziehen darf und nichtstehend im Bett liegt.

Am deutlichsten werden die Aggressionen in den wenigen Familien, in denen sich jetzt echte Macht- und Positionskämpfe abspielen. Allerdings sind dies zum Teil Aggressionen, die sich schon in der Zeit vor den Depressionen aufgestaut hatten. In diesen Familien war der Ehemann der schwächere Teil und stand eindeutig unter dem Kommando seiner resoluten Ehefrau. Diese war immer der Mittelpunkt der Familie gewesen, und der Mann fühlte sich an den Rand gedrängt. Und jetzt, da die Frau durch ihre Depressionen Schwächen zeigt, scheint für ihn die Gelegenheit gekommen, sich in den Vordergrund zu schieben und ihre Position zu übernehmen. Doch die resolute Ehefrau wehrt sich auch als Patientin noch hiergegen und bezieht in manchen Fällen sicherlich auch eine Menge Aggressionen aus einer eindeutig übertriebenen Angst, sie ihrerseits könne ganz an den Rand gedrängt werden. In einer Phase der Unsicherheit der Gesamtperson erscheint der Patientin diese Gefahr oftmals übergroß und verzerrt.

Ansonsten meinen die Patienten in erstaunlichem Maße, nur wenig Unterschiede im Verhalten ihrer Angehörigen zu der Zeit vor der Erkrankung zu erkennen. Manche sagen, daß ihre Familie nur wenig Einfluß auf die Depressionen nehme.

Frau S.: "Ach, was wißt denn ihr alle über mich!?"

Untersücker: "Meinen Sie, daß Ihr Mann sich nicht in Ihren Zustand versetzen kann, daß er nichts von alledem versteht?"

Frau S.: "Er will vielleicht, aber er bleibt draußen. Er kann es nicht richtig. Das geht wohl auch gar nicht."

Dies "Draußenbleiben" ist als Vorwurf an die Umwelt und zugleich an die eigene Person gemeint und zeigt, daß die Patienten das Verhalten ihrer Umgebung genau zu registrieren versuchen, allerdings in ihrer Verzweiflung bisweilen verzeichnen, und gerade nach der Zuwendung der Familienangehörigen verlangen. Sie wollen diese Brücke, die über Verständnis und Mitgefühl nach außen, aus ihrer Abgeschlossenheit heraus führt, offen wissen. Sie sind halt nur unfähig, diese Brücke selbst zu begehen.

Andere sagen, daß die Angehörigen sich in erhöhtem Maße um sie kümmern und zeigen sich sehr dankbar für jede Zuwendung und menschliche Regung ihrer Umgebung, also auch des Untersuchers, den Frau Bo. z.B. gar nicht mehr weglassen will, wenn er einmal da ist. Umgekehrt beteuern fast alle Angehörigen, das Menschenmögliche für den Patienten zu tun. Nach dem Eindruck, den wir in unseren Untersuchungen gewannen, scheint dies in der Mehrzahl der Fälle mit den eben genannten Einschränkungen richtig zu sein. Es empfindet der Patient die Mühe der Angehörigen zu wenig als Hilfe, es bleibt ihm seine Familie einfach zu fremd, als daß er sich zufriedenstellend umsorgt fühlen könnte.

Auf jeden Fall bedeutet die Stellung der Diagnose "Depression" für die Angehörigen eine Erleichterung. Denn 1. werden sie nunmehr durch die Übernahme von Verantwortung durch einen freien behandelnden Arzt oder Einweisung in die Klinik von eigener Verantwortung befreit, und 2. bedeutet sie die Beendigung eines auf die Dauer unerträglichen Schwebzustandes, dem Patienten wie Angehörige recht hilflos gegenüberstanden. Und 3. ist hiermit die Hoffnung auf entscheidende Hilfe verbunden, die, wie alle inzwischen wissen, nur von außen kommen kann.

C. Der Weg zum Arzt und die Einweisung

Von dem Auftreten der ersten Symptome bis zu ärztlicher Behandlung oder gar Einweisung in die Klinik ist es ein weiter Weg, der viele Monate bis zu einem Jahr in Anspruch nimmt.

Frau S.: "Anfangs habe ich gewartet. Mal war es gut, mal war es schlecht. Ich habe gedacht, es wird schon wieder."

Untersucher: "Und wann sind Sie dann zum ersten Mal zu einem Arzt gegangen, und zu welchem?"

Frau S.: "Ja, ich wußte nicht so recht, das hat lange gedauert. Ich bin dann zu unserem Hausarzt."

Untersucher: "Was haben Sie ihm dann erzählt, warum sie kommen?"

Frau S.: "Ei, ich hab ihm halt gesagt, wie's mir geht, mit dem Schlafen, daß ich keinen Schwung mehr habe, daß ich so schlapp bin. Und der hat mich dann auf Schilddrüse behandelt, das hat aber nix genutzt."

Untersucher: "Und wie ging es dann weiter?"

Frau S.: "Dann bin ich mit meinem Mann zu einem Homöopathen gegangen, den Bekannte von uns kannten. Der hat mir so

Flaschen gegeben. Aber die habe ich nicht lange genommen. Die habe ich zu Hause alle ins Waschbecken geschüttet."

Untersucher: "Und wie sind Sie schließlich hierher in die Klinik gekommen?"

Frau S.: "Ja, als es dann gar nicht besser wurde, hat mich mein Hausarzt zu einem Neurologen geschickt, und der hat dann gleich hier in der Klinik angerufen, und da war dann auch ein Bett frei."

Untersucher: "Wie lange war es denn von dem Zeitpunkt an, an dem Sie zum ersten Mal gespürt haben, das etwas mit Ihnen nicht stimmt, bis zur Einweisung in die Klinik?"

Frau S.: "So etwa ein halbes Jahr."

Diese lange Zeitdauer und dieser Irrweg über verschiedene Ärzte und Diagnosen, die typisch sind für unsere Patienten, können auf verschiedene Weise erklärt werden: Die in vielen Fällen langsam und schleichend auftretenden Krankheitszeichen und der oft tägliche Wechsel des Befindens lassen an vorübergehende Erscheinungen denken, und der Patient hofft, auch ohne Arzt auskommen zu können, nicht richtiggehend krank zu sein. Er überblickt seine Lage noch nicht und will dies auch gar nicht.

Zudem mangelt es ihm lange Zeit an genügender Initiative, aktiv in sein Schicksal einzugreifen. Er ist unfähig zu zielgerichteter Handlung, deren Sinn und Wert ihm nicht mehr einleuchtet. Auch ist er nicht in der Lage, seinen Zustand der Umwelt plastisch und glaubhaft zu vermitteln, so daß auch seine Angehörigen erst einmal eine abwartende Haltung einnehmen oder den Vorgang einer Krankheit zu verdrängen suchen, so gut es geht. So vergeht also eine lange Zeit unter Appellen und Aufmunterungen der Umwelt oder in manchen Familien unter Zeichen des Unverständnisses wie: "Tritt sie doch in den Hintern" und "Stell dich nicht so an".

Schließlich, nachdem die Situation zu Hause immer unerträglicher wurde, ist es oft der Patient selbst, wie Frau S., der plötzlich genügend Eigeninitiative aufbringt und aktiv geholfen bekommen möchte und auf einen Besuch beim Hausarzt drängt. Dies ist einer der wenigen Punkte, an denen er für kurze Zeit aktiv aus der Welt seiner Depressionen nach außen tritt und Verbindungen nach außen schlägt.

In anderen Fällen sind es die Angehörigen, die den Patienten auch gegen dessen Willen zum Arzt bringen. Für die Angehörigen wie auch meist für den Hausarzt stehen die körperlichen Symptome im Vordergrund, während der Patient in diesem Stadium sich schon darüber im klaren ist, daß die Wurzel allen Übels nicht nur auf körperlichem Gebiet liegt, sondern tiefer in einem Bereich, den er noch nicht recht zu erfassen vermag.

Auch die Ärzte, die der Patient aufsucht, sind für die lange Dauer bis zur Einweisung in die Klinik mitverantwortlich. Die Be-

handlung beim Hausarzt geschieht zumeist nur körperlich symptomatisch und allgemein mit Beruhigungsmitteln. In den Fällen, wo der Arzt eine depressive Komponente erkennt, werden auch Antidepressiva gegeben. Insgesamt aber sind die meisten Patienten vom Hausarzt sehr enttäuscht, der zu unspezifisch und mit zu wenig Einfühlungsvermögen und Verständnis, dafür aber oft mit Allgemeinplätzen wie "Reißen Sie sich etwas zusammen" oder einem vagen "Es wird schon werden" vorgeht. Nur selten entsteht ein so relativ enger Kontakt wie zwischen Frau M. und ihrem Hausarzt, der seiner Patientin das Gefühl gab, an ihrem Abwehrkampf wirklich teilzunehmen. Der Arzt sagte immer wieder zu Frau M. während der Behandlung, in der auch Frau M. genügend zu Wort kam: "Frau M., wir schaffen es, wir schaffen es auch ohne Klinikaufenthalt, mit Tabletten." Vielleicht hätte sie es wirklich geschafft, meint Frau M., wenn nicht bald die Urlaubszeit gekommen wäre und sie zu einem anderen Arzt hätte gehen müssen.

So vergehen in der Regel einige Monate während einer am Schluß doch unbefriedigenden Behandlung durch den Hausarzt. Dieser überweist den Patienten nunmehr an einen Facharzt, oder aber der Patient sucht selbständig oder auf Initiative der Angehörigen hin weiter nach Hilfe. Diese Odyssee führt über Homöopathen und verschiedene Fachärzte schließlich zu einem Neurologen oder auch in selteneren Fällen einem Facharzt für Psychiatrie, von wo aus die Einweisung in die Klinik in aller Regel schnell vor sich geht. Es müssen allerdings noch die Schwierigkeiten, ein Krankenhausbett bereitzustellen, berücksichtigt werden, was aber nach all den Umwegen, die der Patient gegangen ist, noch den geringsten Zeitverlust bedeutet.

In den meisten Fällen sind die Patienten selbst froh, in die Klinik eingewiesen zu werden, da auf der Behandlung hier ihre ganze Hoffnung ruht. Außerdem können sie einer oft inzwischen sehr verfahrenen Situation zu Hause entfliehen und fühlen sich geschützt vor ihren eigenen Aggressionen und denen ihrer Umgebung. Bei anderen Patienten dagegen bedarf es der ganzen Überredungskunst oder massiver Drohungen der Angehörigen, sie zu einem Klinikaufenthalt zu bewegen. Die Aussagen über die letztlich entscheidende Initiative zur Einlieferung gehen allerdings auseinander. Fast alle Patienten behaupten, freiwillig in die Klinik gegangen zu sein, während viele Angehörige vorgeben, die Einlieferung sei durch ihre Initiative und gegen den Willen des Betroffenen zustande gekommen.

Die tatsächliche Einweisung in die psychiatrische Klinik stellt für die Patienten alle einen mehr oder weniger großen Schock dar, auch wenn sie die Behandlung selbst gewünscht hatten. Schuld daran ist in erster Linie die Angst davor, mit "Wahnsinnigen" oder "Verrückten", wie viele Patienten sagen, verwechselt zu werden und späterhin als solche abgestempelt zu sein. Auch fällt die erste Begegnung mit anderen psychisch Kranken schwer. Eine Patientin unternahm auf ihre

Zwangseinweisung hin sogar einen Selbstmordversuch. Doch verliert sich der größte Teil dieser Ängste recht bald, die Patienten finden langsam mehr oder weniger Kontakt zu anderen Kranken und dem Personal und lassen sich bereitwillig behandeln.

4. Zur Auslösung der Depressionen und ein Modell depressiven Krankwerdens.

Die Frage nach einer Ursache oder Auslösung depressiver Erkrankung steht bei allen Patienten und ihren Angehörigen im Mittelpunkt der Überlegungen. Sie drängt sich eigentlich jeder Person auf, die mit dem Depressiven in Berührung kommt und ist eine der ersten Fragen, die dem Fachmann gestellt wird. Ihre Beantwortung hat weit mehr als nur wissenschaftliches Interesse und macht bei Patienten und Angehörigen einen entscheidenden Teil der Einstellung zur Krankheit aus.

Frau Ko. fragte schon bei ihrem ersten Zusammentreffen mit ihrer Untersucherin: "Ich verstehe das nicht. Sonst war ich doch ein zufriedener Mensch. Wie kann man denn nur so überfallen werden? Das hat doch gar keinen Grund."

Dieses tiefe Bedürfnis, die Frage nach der Ursache zu klären, hat verschiedene Gründe. Zum ersten ist das strenge Denken in den Kategorien Ursache und Wirkung in unserer westlichen kausalen und analytischen Denkweise und Logik verwurzelt. Es ist für uns fast selbstverständlich, für eine bestimmte Erscheinung eine ableitbare Ursache angeben zu können und oft sogar zu müssen. Zweitens ist die Suche nach einer Ursache, nach einer schuldigen Sache oder Person der Versuch, ein Aggressionsobjekt zu finden, ein Objekt, auf das der Patient die Schuld an der Krankheit projizieren kann, ein Gegenüber, vor dem er sich profilieren kann. Es ist für ihn unerträglich, über den Mechanismus seiner Depressionen so wenig zu wissen. Dies macht einen großen Teil der Verunsicherung, des Dämonischen aus, als welches er diese Vorgänge auch erlebt. Es kommt also zu der Verunsicherung, die überhaupt erst zur Depression führt - wie später darzustellen sein wird -, eine Verunsicherung des Patienten durch die Undurchsichtigkeit der Erkrankung, ihres Mechanismus und ihrer Verursachung hinzu. Der Patient fühlt sich bedroht, weil er die Krankheit nicht in den Griff bekommt, weil er den oder die pathogenen Faktoren nicht herauslösen und darstellen, also sich anschaulich machen kann. Er kämpft - mehr oder weniger - gegen einen unbekannten Gegner.

Um sich diesen irgendwie darzustellen, sucht er nach Ursachen für die Vorgänge, die in ihm und mit ihm ablaufen. Es geht ihm darum, etwas von seinen Depressionen von seiner eigenen Person auszuklammern, sich quasi ein Prinzip des Bösen gegenüberzustel-

len. Aus dem Gedanken, eine unverständliche Krankheit habe ihn befallen, ein unbekanntes Prinzip habe sich über sein ganzes Wesen gelegt und seine Gesamtperson umgarnt, soll wieder das Gefühl werden, es mit einer greifbaren und erklärbaren Erkrankung zu tun zu haben. Der Patient will seine Perspektive der Betrachtung aus dem infizierten Bereich heraus ins Gesunde, Normale verlegen. Und dies kann er nur erreichen, wenn diese fremde und beeinträchtigende Macht in ihm greifbar geworden ist.

Der dritte Grund, aus dem das Klären der Ursache so wichtig für den Patienten ist, ist die Angst vor einer Wiederkehr der Depressionen, weil man sich nicht vor ihnen schützen kann. Dieses Problem steht zu Beginn der Phase noch nicht im Vordergrund, wird aber im Laufe der Besserung immer dringlicher. Ein großer Teil der Angst, die eine Depression zurückläßt, ist eine Angst vor der Zukunft und einer neuen Phase, wie später noch darzustellen sein wird.

So ist die Einstellung zur Krankheit von Anfang an bei allen Patienten und Angehörigen eng verknüpft mit der Frage nach ihrer Ursache. Auch den Untersuchern wurde diese Frage immer wieder gestellt, von den Angehörigen meist schon während des ersten Zusammentreffens, von den Patienten, sobald die ärgste Verlangsamung, die auch durch die hohe Dosierung der Medikamente bedingt war, nachließ. Sie stand am Beginn ihres wiederauf-flackernden Interesses überhaupt. Hilflös fragte Frau Bo.: "Also jetzt sagen Sie doch mal, wie kann denn so etwas kommen?" Zumeist allerdings bieten Patienten und Angehörige gleichzeitig auch den Versuch einer eigenen Beantwortung. Diese wird entweder forsch geäußert.: "Also, für uns ist das klar. Damals das... war der Grund," oder vorsichtig abgewogen: " Ich könnte mir ja denken, daß das doch mit.....zusammenhängt."

In vielen Fällen gewannen wir den Eindruck, daß die Betroffenen eine Erklärung um jeden Preis versuchen, daß sie sich in bestimmte Denkformen quasi hineinretteten und von uns vage formulierte Zusammenhänge begierig aufnahmen und weiterverarbeiteten, um ihrer Unsicherheit zu entgehen. Doch nur wenige Patienten konnten sich hierdurch auf die Dauer wirklich selbst beruhigen und das Gefühl entwickeln, einen Schutz aufgebaut zu haben. Zu sehr waren sie von jener fremden Macht überfallen worden.

Als Erklärung dienen Patienten und Angehörigen in erster Linie außergewöhnliche Situationen, die mit den Depressionen in zeitlichem Zusammenhang stehen, Stress-Situationen, die an die Patienten hohe Anforderungen gestellt haben: Neu- und Umbau eines Hauses, berufliche Überlastung, Schwangerschaft und Klimakterium, auch der Tod eines nahen Verwandten oder familiäre Komplikationen werden genannt. Auch wird auf die eigenen schwa-

chen Nerven verwiesen und auf eine gewisse familiäre Disposition, wenn auch schon andere Familienangehörige "es mit den Nerven hatten".

Daß alle diese Erklärungen alleine nicht befriedigend sind und noch etwas anderes hinzukommen muß, spüren die Betroffenen, auch wenn sich manche in solche vordergründigen und sicher auch naheliegenden Gründe hineinretten und vorgeben, von deren Ursächlichkeit überzeugt zu sein. Sie bleiben doch für jeden neuen Deutungsversuch offen.

Wir sind bei unseren Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, daß es bei den allermeisten depressiven Patienten für diese Depressionen disponierende Felder gibt, Außergewöhnlichkeiten, die zu einem gewissen Spannungsfeld beitragen. Und irgendetwas von diesen latenten Spannungen spüren die meisten Patienten, wenn auch nur zeitweise und undeutlich, doch bringen sie es nicht unbedingt mit ihren Depressionen in Verbindung. Zum anderen weisen viele Depressive ein typisches Reaktionsmuster auf bestimmte Reize, Anforderungen und dadurch entstehende Spannungen auf, die dieses Feld der Spannungen zusätzlich bestimmen und prägen. Bevor dieses Feld und die verschiedenen Einstellungen zur Verursachung der Erkrankung etwas näher beschrieben werden, sei festgestellt, daß es eine pathogenetische Situation als solche nach unseren Erfahrungen nicht gibt. Verschiedene Charaktere erfahren auch vergleichbare Situationen verschieden in Qualität und Intensität.

A. Das Überraschtwerden von der depressiven Phase.

Viele Patienten stehen der Frage, warum zu diesem Zeitpunkt gerade sie von Depressionen überrascht wurden, sehr hilflos gegenüber. Sie fühlen sich ohne einsichtigen Grund regelrecht überfallen, oder sie drücken es so aus, daß die Krankheit "aus einem selbst" käme. Die Depressionen kommen also scheinbar angeflogen, ohne Grund und ohne daß der Patient weiß, woher, von außen oder aus der eigenen Person. Sie scheinen einer Eigengesetzlichkeit zu unterliegen, die von der Umwelt weitgehend unabhängig erscheint.

Frau M.: "Es kommt über Nacht und geht über Nacht."

Frau H.: "Ich bin im Bett und stehe auf, auf einmal merke ich... über Nacht kommt das über mich... ich kann nichts machen."

Selbst wenn die Patienten nach längerem Überlegen einige mögliche Ursachen anführen, so merken sie doch selbst, daß ihre Erklärungsversuche nicht ausreichen und unbefriedigend sind. Das Nebeneinander von Deutungsversuch und Hilfslosigkeit des Patienten, von Verursachung und Eigengesetzlichkeit der Phase zeigt sich

sehr deutlich in folgendem Satz einer Patientin: "Viele Bagatellen, die in einer Stunde auf einen Haufen kommen: und dann kommt die Depression tatsächlich wie vom Himmel geregnet."

B. Aktuelle Anlässe

Ein großer Teil der Patienten erklärte seine Depressionen - entweder von Anfang an oder im Verlauf der Erkrankung unter dem dringlichen Wunsch, endlich eine Erklärung zu finden - durch aktuelle Vorgänge und momentan belastende Situationen. Meist spüren die Patienten selbst, daß dies nicht ausreicht und noch andere disponierende Komponenten hinzukommen, die mit ihrem eigenen Wesen und ihrer Persönlichkeit zu tun haben.

Alle diese so angeführten Auslöser haben mit Stress und Belastung zu tun, die momentan auftreten oder langsam sich steigern oder abnehmen können. Es ist also nicht nur das Maß der Steigerung ausschlaggebend, sondern das Maß der Veränderung überhaupt, sowohl in Richtung auf ein Mehr an Belastung, als auch in Richtung auf eine Abnahme. Auch das Fehlen von Belastung, das Nicht-Gefordertwerden kann also äußerste Spannung und Reizung bedeuten.

Eine eindeutige Stress-Situation ist zum Beispiel der Neu- oder Umbau des eigenen Hauses, der bei überraschend vielen Patienten in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten von Depressionen steht und natürlich auch entsprechend oft als Erklärung herangezogen wird. Auch Schwangerschaft oder der lange Instanzenweg in einem Rechtsstreit werden hier genannt. Manche Patienten sind in dieser Stress-Situation selbst anfällig gegenüber Depressionen. Sie kommen mit der gesteigerten Anforderung schwer zurecht, fühlen sich den Aufgaben nicht gewachsen und reagieren mit Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit und schließlich mit einer Flucht in die Krankheit. Andere dagegen dekomensieren erst eine gewisse Zeit nach der Stress-Situation. Solange sie gefordert waren, fühlten sie sich ausgesprochen wohl.

Frau S.: "Ich habe mich nie so wohl gefühlt wie bei meiner letzten Schwangerschaft." Es scheint so, als sei ihnen die Anpassung an ein Mehr an Arbeit innerhalb ihrer bekannten und vertrauten Welt besser gelungen als die Entwöhnung von dem erhöhten Beschäftigungsniveau. Durch den Zwang, immer zu arbeiten und sich sinnvoll zu beschäftigen, können sie die Anforderungen an die eigene Person leicht steigern, wenn eine Aufgabe ansteht, die - das muß immer wieder betont werden - in der gewohnten Umgebung Bewährung verspricht. Doch ist es ungleich schwerer, die Anforderungen anschließend wieder herabzuschrauben, sodaß schon bald Insuffizienzgefühle auftreten. Der Patient empfindet eine Leere in sich und glaubt, seinen Pflichten schuldhaft nicht mehr nachzukommen. Er fühlt sich überflüssig, wenn er sich nicht in

den Dienst einer Sache stellen kann.

Schon bei den genannten Situationen spielt eine Diskontinuität, eine Unterbrechung des gewohnten Rhythmus eine Rolle. Noch deutlicher wird dies in folgenden Beispielen: Frau Kp. reagiert auf den Tod ihres Mannes und auf die Angst vor dem Alleinsein in ihrem Haus mit Depressionen; bei Frau D. und Frau Bo. entwickelt sich aus klimakterischen Beschwerden wie Leistungsminderung, allgemeiner Nervosität und psychischer Anfälligkeit heraus eine typische depressive Phase. Diese setzt für Frau D. deutlich merkbar mit einem Traum ein, in dem ein Kleiderschrank auf sie herabzufallen und sie zu erschlagen droht. Frau P. wird durch einen Umzug aus ihrem Freundeskreis herausgerissen und findet sich in der neuen Umgebung nicht zurecht. Sie empfindet das Gefühl, "nicht zu wissen, wo man hingehört", als deprimierend und ist nicht in der Lage, sich eine neue Welt aufzubauen. Diese Unfähigkeit umzuschalten, diese Unflexibilität und Rollenstarrheit deuten wieder auf eine persönliche disponierende Komponente hin. Sie drückt sich auch bei zwei anderen Patienten aus, die nicht damit fertig werden, ihre Kinder erwachsen werden zu sehen.

Andere Patienten vertreten die Theorie der Ärgernisse. Sie sagen, daß sich verschiedene belastende Situationen summieren, "bis das Maß voll ist", dann tritt die Depression ein. So erklärt Frau P. ihre Krankheit dadurch, daß sie sich als Prellbock für alle Probleme und Seelsorger der ganzen Familie fühlt und damit überlastet ist. Hinzu komme noch, daß ihr Ehemann ihr großes Anlehnungsbedürfnis nicht zu befriedigen vermöge, und der Neubau eines Hauses, so daß sie unter diesen Belastungen schließlich zusammengebrochen sei.

Die letzte Gruppe von Auslösern hat mit dem Umstoßen oder Zerschlagen von Wertmaßstäben zu tun, die für die Patienten von entscheidender Bedeutung waren und Maßstab und Halt in ihrem Handeln darstellten. Dies klang schon im Beispiel der Frau P. an, die aus der Umwelt herausgerissen wurde, die ihr Halt gab. Für Frau Ko. war es ein furchtbarer Schock zu erfahren, daß ihr Sohn "auf die schiefe Bahn gekommen" war und zum Dieb wurde. Oder einer anderen Patientin war es ein unerträglicher Gedanke, das Kommunionkleid ihrer Tochter nicht mehr rechtzeitig fertigstellen zu können, so daß das Kind nicht so nett und perfekt angezogen sein würde wie andere und hinter diesen zurückstehen müßte. Dies brachte das Selbstwertgefühl der Mutter derart durcheinander, daß dies Problem für sie eines auf Leben und Tod wurde. Sie weckte noch nachts ihren Mann, erklärte ihm angstvoll, wo das Kleid liege und was noch zu tun sei für den Fall, daß sie sterben müsse. Hier freilich stellt sich die Frage, ob diese Dekompensation nicht schon erstes Symptom der beginnenden Depressionen selbst war.

Es ist deutlich, daß zwischen den vier hier ausgeführten, als aktuellem Anlass einer depressiven Phase erfahrenen Kategorien Stress, Diskontinuität, Summation von Ärgernissen und Zerfallen von Wertmaßstäben enge Zusammenhänge bestehen: eine Form von Stress wird in allen genannten Beispielen deutlich, und Diskontinuität wird gerade als Belastung erfahren. Umgekehrt ist Stress letztlich nur in irgendeiner Form von Diskontinuität erfahrbar. Und in der Summation von Ärgernissen spielen sich Belastung und Veränderung in kleinen Schritten ab. Auch das Umstoßen von Wertmaßstäben ist eine Veränderung, die als Belastung erfahren wird.

Es werden also als äußere Anlässe für die Krankheit Situationen genannt, die als Belastung erfahren werden, weil eine entscheidende Veränderung eintritt, weil etwas Wertvolles zu zerbrechen droht. Von außen mag ein solcher Anlaß bisweilen wie eine Banalität aussehen, doch für den Patienten selbst ist er von entscheidender Bedeutung auf Grund anderer Wertmaßstäbe. Und es ist wichtig festzustellen, daß sich fast alle diese Veränderungen in einem für ihn sehr wichtigen Bereich abspielen, nämlich innerhalb oder im Zusammenhang mit der Familie, also in dem Feld, aus dem der Patient seine Kraft schöpft, an dem er den Wert seines Daseins bemißt und seinen Erfolg und seine Wirkung erlebt. Widerlegung von Faktoren dieser Welt wird als Widerlegung des Wertes der eigenen Person erfahren.

Daß dies so ist, daß der Patient und seine engere Umwelt so sehr zusammenhängen, daß er als Person von den äußeren Umständen so abhängig ist und so labil reagiert, ist nun der Faktor, der als zweiter disponierender hinzukommt. Was an innerer Ursache in dem Patienten anklingt, was er von den Besonderheiten und Schwächen seiner eigenen Person weiß, ist von Fall zu Fall verschieden und soll erörtert werden, wenn diese Besonderheiten beschrieben sind. Nach dem, was von außen auf die Person zukommt und für die Depression disponiert, soll jetzt das besprochen werden, was sie in ihrer inneren Struktur dafür disponiert.

C. Zur Kindheit depressiver Patienten.

In dem Zusammenhang, was den Patienten in Verhalten und Persönlichkeit für seine Depressionen disponiert, sei zuerst wieder auf die anderen drei Arbeiten unserer Untersuchungsgruppe verwiesen.

Entscheidende Bedeutung für die Entwicklung dieser Persönlichkeitsstruktur hat nach unseren Untersuchungen die Kindheit des Patienten. Hier findet sich eine Reihe von Besonderheiten, auf die die Entstehung von Spannungen in seinem Inneren und seine

typische Form, auf sie zu reagieren, zurückgeführt werden können.

Die meisten der Patienten wuchsen in einer Umgebung auf, die sie selbst mit "eng, gemütlich" und "arbeitsam" beschreiben. Es herrscht eine strenge Moral, die von der dörflichen oder kleinstädtischen Umgebung, in der die Familie völlig angepaßt lebt, sowie der Kirche geprägt wird. Aufgrund der beengten Verhältnisse und strengen Moral ist einer individuellen Entwicklung nur wenig Raum geboten.

Diese Umgebung drückt sich in besonderer Weise in der Rolle der Mutter aus, die v.a. für die Patientinnen entscheidend wird. Denn gerade auf die Tochter, die viel zu Hause ist, kann die Mutter am stärksten Einfluß nehmen; zwischen diesen beiden Personen sind die Identifikationsmöglichkeiten am intensivsten.

Die - totale - Einflußnahme durch die Mutter wurde deutlich in einem Gespräch mit Frau Bo. Sie erzählte mir von ihrer Kindheit und ihrem Verhältnis und dem ihrer Schwestern zur Mutter. Die Patientin ist zum Zeitpunkt unseres Gespräches zehn Tage in der Klinik, fühlt sich durch die gegebenen Medikamente sehr müde, gibt aber dennoch über alle Fragen sehr bereitwillig Auskunft und versucht, mich durch ihre Worte und wiederholtes Klagen immer wieder von der Schwere ihrer Depressionen zu überzeugen und mein Mitgefühl zu wecken. Sie klagt vor allem darüber, daß sie an nichts mehr Spaß habe, sich kaum noch aufraffen könne zu einer Arbeit und immer den Zwang verspüre zu putzen, zu säubern und zu überprüfen, ob auch wirklich alles sauber ist.

Frau Bo.: "Meine Mutter hatte immer einen Putzfimmel. Die hat nicht viel geschafft. Die Kinder mußten immer alles pikoppello sauber machen. Solange ich zurückdenken kann, hat meine Mutter den Putzfimmel. Ich hatte auch schon einen als Kind, weil's meine Mutter befohlen hat."

Untersucher: "War Ihre Mutter streng?"

Frau Bo.: "Ja, ja, sie war streng, Meine Mutter hat über den Schrank gewischt, ob wir alles sauber hatten - wie bei der Bundeswehr."

Untersucher: "Haben Sie denn eigentlich gerne sauber gemacht?"

Frau Bo.: "Na ja, als Kind will man nicht immer sauber machen. Das hat sich dann verloren, als ich verheiratet war. Aber der Fimmel ist geblieben; ich hatte Spaß dran, wenn alles schön sauber war. Wenn meine Periode kam, wurde ich ganz närrisch. Da mußte ich alles sauber machen."

Untersucher: "Haben Sie denn als Kind diesen Zwang auch empfunden?"

Frau Bo.: "Ach ja, das war schon ein Zwang, ich hatte oft Angst. Als ich dann jung verheiratet war, klappte alles ganz gut. Da hab' ich dann immer gedacht: "Du wirst doch alles sauber haben?"

Untersucher: " Wie ging es denn Ihren Geschwistern; genau so wie Ihnen?"

Frau Bo.: " Nein, die anderen Schwestern waren nicht so. Die waren robuster. Ich habe immer alles gemacht, was meine Mutter gesagt hat. Ich sollte auch später immer noch zu meiner Mutter heim kommen. Sie hat mich drangsaliert, ich sollte ihr beim Putzen helfen. Sie hat mich sogar noch nach meiner Heirat immer kontrolliert. Eigentlich habe ich nach der Heirat immer ganz gerne geputzt. Manchmal aber auch aus Angst."

Untersucher: " Haben Sie Ihre Mutter eigentlich gemocht?"

Frau Bo.: "Och ja, ich hatte meine Mutter gerne. Aber wenn sie es übertrieben hat, konnte ich sie nicht ausstehen, Sie kam öfters sonntags noch zu uns und hat mir gesagt, ich solle putzen, am Sonntag. Da hatte ich auch kein schlechtes Gewissen, als ich von ihr weggezogen bin. Ich kam mir ja manchmal vor wie ein Lakai..."

Die Erziehung, die Frau Bo. bekam, war - das wird von ihrer Schwester an anderer Stelle bestätigt - sicherlich besonders streng, und auch das Maß der Betonung, die auf Putzen und Sauberkeit liegt, ist außergewöhnlich. Doch typisch für das Elternhaus vieler depressiver Patienten ist, worauf sich der Schwerpunkt der Strenge bezieht und was den Kindern als Ideal, als Richtung ihres Strebens vermittelt wird: penible Ordnung und Sauberkeit, das Bemessen eigener Erfolge und Werte an vorgegebenen Maßstäben. Diese Maßstäbe in Frage zu stellen, kommt den Kindern gar nicht in den Sinn, da der Elternteil, der sie vertritt - hier die Mutter - gar zu dominant auftritt, oder da - in anderen Fällen - das Kind in liebevoller Abhängigkeit von den Eltern verbleibt.

Auffallend war bei unseren Untersuchungen, daß erstaunlich häufig gerade das jüngste der Geschwister, das besonders abhängig von den Eltern war, später häufig an Depressionen erkrankte. Auch bei Frau Bo. war dies der Fall.

Die Mutter von Frau Bo. vermittelte also ihrer Tochter eine klar definierte Rolle und Aufgabe, und gab hierfür selbst das Vorbild ab. Sie lebte die Ideale vor, die sie vermittelte, wobei auch nach Befragen der Schwester offen bleibt, ob die Aussage, die Mutter hätte nie viel gearbeitet, tatsächlich stimmt - dies wäre dann die einzige Ausnahme bei allen unseren Patienten - oder Ausdruck der Ablehnung durch Frau Bo. darstellt.

Somit wurde für die Patientin intensives Saubermachen zur unerläßlichen Pflichterfüllung, zum Weg ihrer Bestätigung und zur einzig möglichen Befriedigung. Alle vorhandene Kraft und Aktivität wurde in den Dienst des Säuberns gesteckt: dies zeigt sich auch, wenn die Patientin ihrer Unruhe zur Zeit der Periode nicht

anders Herr werden kann, als sie in diesen gewohnten Weg zu investieren.

Der Gedanke des Putzens stand so sehr im Mittelpunkt aller Interessen, daß andere solche nur schwer aufkommen konnten. Auch wurden ihr nie sonstige Interessen vermittelt. Und im Laufe der Jahre entwickelte sich zu dem Gefühl lästiger Pflichterfüllung sogar eine gewisse Freude am Putzen, da es für den Patienten den Weg zu einer Befriedigung bedeutete, den an ihn gestellten Erwartungen entsprochen zu haben.

Frau Hu. beschreibt ihre Mutter so: "Ja, sie hat sich immer gefreut, wenn wir zu ihr kamen und ihr alles sagten. Sie war nicht streng. Sie hat mir immer geholfen und zu Hause alles schnell wieder ins Lot gebracht. Darin war sie groß. Aber wir mußten auch spüren."

Für die typische Mutter einer depressiven Patientin steht somit die exakt definierte Rolle als Hausfrau und eben Mutter ganz im Vordergrund und ist ihr Lebensziel. Sie ist sehr tüchtig, fürsorglich und dominant, und dies reicht von Selbstaufopferung bis zur Tyrannei. Sie ist enorm arbeitsam, immer beschäftigt, und es gibt nichts, was sie nicht kann. Die Mutter ist der Mittelpunkt der Familie und legt Wert darauf, geliebt und geachtet zu werden.

An dieser Form orientieren sich die Mädchen und eifern ihrem Vorbild nach, was die Mutter auch verlangt. Sie verlangt dies über liebende Zuneigung oder in äußerster Strenge. So werden die Kinder in ihrer Abhängigkeit in Liebe gezwungen, der Mutter zu folgen, zumal meist sie es ist, die bei Problemen zugleich noch das meiste Verständnis aufbringt. Oder die Kinder haben regelrecht Angst vor der Mutter, wie z.B. Frau P., die deswegen öfters nicht nach Hause kommt. In solchen Fällen gehört die Liebe dem passiven, schwachen Vater.

Die Mutter mahnt ihre Tochter, wenn diese gerade unbeschäftigt zu sein scheint: "Hast Du denn nichts zu tun?!" Und Frau Hu. sagt: "Schon als Kind habe ich meiner Mutter gern im Haushalt geholfen." Bei Frau M. gar wird der kindliche Stolz, es den Erwachsenen gleichtun zu dürfen, besonders deutlich: "... und als ich älter war, durfte ich auch schon mal in der Wirtschaft helfen." Abgesehen von dem allgemeineren Versuch, sich mit Erwachsenen zu identifizieren, ist es fast eine Ehre, in eine Rolle wie die der Mutter hineinzuwachsen. Daß das Kind aber fast gar nicht anders handeln kann, daß es gar nichts anderes darf als diese Rolle zu übernehmen, wird ihm nur in seltenen Fällen bewußt.

So entwickelt sich bei den Patientinnen schon früh ein fürsorglicher Trieb und bald auch ein charakterliches Überlegenheitsgefühl. Dies ist schon eine Reaktion auf das eigene strenge Pflichtbewußtsein und den damit verbundenen verinnerlichten Zwang zum Gehorsam: wenn ich mich schon immer den äußeren Anforderungen unterordne, so will ich auch etwas davon haben, z.B. das Gefühl, reiner und besser zu sein.

Verbunden mit der Nachahmung der Rolle der Mutter ist freilich auch das Bedürfnis, genauso perfekt zu werden wie das Vorbild. Durch das hohe Leistungsniveau der Mutter wird dies zu einer enormen Anforderung für die Patientinnen, der sie vor allem in ihren eigenen Augen nur schwer gerecht werden können. In zwei Fällen führt das Bewußtsein, nie so gut zu werden wie die Mutter, zu einer direkten Ablehnung ihrer Arbeitsweise. Dies wieder hat zur Folge, daß diese beiden Patientinnen auch in ihrer Ehe nur ungerne und schwerfällig ihre hausfraulichen Pflichten erledigen und besonders häufig und schwer unter Insuffizienzgefühlen und Minderwertigkeitskomplexen leiden.

In einigen wenigen Fällen ist es nicht die Mutter, sondern ein dominanter Vater, der die Kinder zwingt, sich nach seinem Vorbild zu entwickeln. So muß Herr Sch. seine Gymnasialausbildung abbrechen, weil er die väterliche Gärtnerei übernehmen soll, und Frau E. muß das Lyceum vorzeitig verlassen, obwohl sie eine gute Schülerin ist, um ihrem Vater, den sie als sehr groben Menschen beschreibt, in der Metzgerei zu helfen. Gerade bei diesen Patienten fällt die Fremdbestimmung ihres Lebensweges deutlich auf und ist Ursache von Komplexen, die auch heute noch nachwirken und gerade im Rahmen von Depressionen verstärkt auftauchen.

Hinter dem geschilderten Mechanismus der Fremdbestimmung des Lebensweges und der Fixierung auf bestimmte Ziele treten andere verunsichernde Faktoren zurück. Solche sind bei Frau E. durch Eheschwierigkeiten der Eltern gegeben, weswegen das Kind mehrfach für längere Zeit bei der Großmutter lebte. Für Frau Sch. ist es ein furchtbarer Schock, im Alter von zehn Jahren von Fremden zu erfahren, daß sie ein uneheliches Kind ist. Und diese Tatsache benutzt ihre Mutter von nun an, sie zum Gehorsam zu zwingen. "Du bist ja nur ein uneheliches Kind." Besonders wehmütig denkt sie jährlich an Weihnachten an diesen Umstand, und tatsächlich beginnt ihre depressive Phase auch in der Vorweihnachtszeit.

So kann man das Spannungsfeld, das durch besondere Familienkonstellationen in der Kindheit der Patienten entstanden ist, und einige Reaktionen hierauf folgendermaßen zusammenfassen: Es herrscht in den Familien ein hohes Pflichtbewußtsein, und den Kindern ist von klein auf der erhobene Zeigefinger eines dominierenden Elternteils, auch einer strengen Moral im Ort und der Kirche, bewußt. Die Bestimmung des Lebensweges, des Lebenszieles und der

Wertmaßstäbe geschieht durch Andere, gegen die es kein Aufbegehren gibt. So lernt das Kind früh zu gehorchen, eigene Regungen und Forderungen seines Ichs, die nicht in diesen Rahmen passen, zurückzustellen und zu taktieren, also eine Abwehrhaltung einzunehmen, und über die Anforderungen der Umwelt hinaus passiv zu bleiben. Die Reize, auf die der Patient zu hören wagt, kommen weitgehend von außen, und so ist es wohl auch zu erklären, daß es ihm so wichtig ist, seine direkte Umwelt entsprechend zu gestalten, sich ein kleine Welt zu schaffen, die sein ist. Wenigstens hier will er ein Spiegelbild seiner eigenen Person entdecken, es wirkt dies wie ein - unzulängliches - Ventil seiner Selbstbestimmung.

Zu den Spannungen, die durch das Unterdrücken des Ichs hervorgerufen werden, kommen die schon erwähnten Insuffizienzgefühle durch das Bemessen der eigenen Anforderungen am hohen Leistungsniveau der Mutter. Der Patient muß sehr viel leisten, um mit sich zufrieden sein zu können. Dazu klammert er sich an die einmal vermittelte Rolle, da er nie gelernt hat, in eigener Regie über sich selbst zu verfügen, und da er so einen festen Rahmen hat, auf den er sich stützen kann, auch wenn er ihn nicht mag, und da sein Pflichtbewußtsein nichts anderes zuläßt. Nur wenigen Patienten gelingt es, die depressive Phase quasi als Reinigung zu benutzen und sich anschließend mehr Selbständigkeit zu verschaffen (s.u.).

Dieses Spannungsfeld erklärt eine Reihe von Forderungen an die Umwelt, deren Erfüllung für den Patienten notwendig wird, um sein seelisches Gleichgewicht nicht zu verlieren: die Rolle, die man ausfüllt, muß sich in irgendeiner Form lohnen, denn etwas nicht wirklich gerne tun und unnütz und wertlos zu sein ist zu viel. So erklärt sich das große Anlehnungsbedürfnis vieler Patienten: man will geliebt sein. So wollen fast alle in ihrer kleinen Welt im Mittelpunkt stehen: man will gebraucht werden. So müssen in der nächsten Umgebung die gleichen Wertmaßstäbe herrschen wie für die eigene Person, die sonst verunsichert wird; also kapselt man sich ab, denn man hat es nicht gelernt, Herausforderungen anzunehmen. Und man strebt nach Anerkennung und bemüht sich besonders um sozialen Aufstieg, der in manchen Familien direkt geplant wird: man will stolz auf sich sein können.

Aus allen diesen Gründen nehmen die Patienten jede Abweisung und Enttäuschung persönlich, ist ein fallender Wertmaßstab so schlimm. Dies bedeutet sofort eine Widerlegung ihrer Prinzipien, ihres Anschauungsgebäudes, an das sie sich umso fester klammern, als sie sich unbewußt nicht damit identifizieren, und letztlich des Wertes ihrer Person. Also müssen sie ihre Welt integer halten; schon kleine Veränderungen in ihrer Umwelt drohen sie aus ihrem Spannungsgleichgewicht zu reißen und in tiefe Selbstzweifel zu stürzen.

D. Die Grenzen der Person depressiver Patienten.

Es wurde im letzten Kapitel geschildert, wie ein schon in der Kindheit erfahrenes Anforderungsspektrum und ein entsprechend erlerntes Reaktionsmuster - bzw. das Fehlen eines weitgespannten Reaktionsmusters - einen Menschen dazu verurteilen, immer wieder an die Grenzen seiner Möglichkeiten zu stoßen. Die Patienten erleben es zeitweilig selbst als Schwäche, diese Grenzen nicht übersteigen zu können. Sie erfahren es als eigene Insuffizienz, eingeschlossen zu sein in eine bestimmte Wirkungsbreite, und dieses Gefühl scheint sich phasisch und veranlaßt durch eine Störung des eigenen Spannungsfeldes und seiner Kompensation, die aus anderem Grund eingetreten ist, in einer depressiven Phase zu äußern. Die Erfahrungen der Kindheit sind hier sicherlich ein entscheidender, doch nicht der einzige disponierende Faktor. Die Umgebung, in der der Patient als Erwachsener lebt, ist weitgehend eine Fortsetzung der Welt seiner Kindheit und Reaktion auf das dort Erfahrene und Erlernte.

Dies wird in einem Gespräch mit der Schwester von Frau Bo. ebenso deutlich wie die Grenzen der Person der Patientin, die aus diesen Umständen resultieren.

Frau Bo. ist eine der wenigen Patienten, die dem Arbeitsverhalten der Mutter sichtbar ambivalent gegenüberstehen, sich ihm gegenüber aber nicht profilieren können, weil sie die anerzogenen Anforderungen schon zu sehr verinnerlicht haben. Die allgemeine Energielosigkeit und Arbeitsscheu, die Frau Bo. auch zu Zeiten der Gesundheit zeigt, sind nur für den kleineren Teil unserer depressiven Patientin typisch. Doch wird gerade an ihnen das innere Spannungsfeld, der Kampf zwischen Anforderung und dem Willen oder Zwang zu ihrer Entsprechung deutlich.

Untersucher: "...Welchen Eindruck haben Sie: wie kommt es denn, daß sich Frau Bo. so gar nicht mehr aus ihrem Bett traut, nur noch klagt und auch gar nichts unternimmt?"

Schwester: "Ach, wissen Sie, da hat der Mann auch viel Schuld dran. Sie hat ja einen Putzfimmel, aber er ist doch genauso. Er ist doch ein ganz schwerer Pingel. Aber er ist viel flinker als sie. Er nimmt was in die Hand, und das läuft. Er hat schon immer viel gemacht, weil sie zu langsam ist. Sie hat aber auch so gar keine Energie, die hat sie auch noch nie gehabt. Sehen Sie: ich war vor einem Jahr mal genauso depressiv. Ich war auch so richtig kaputt. Meine Schwester, die nimmt schon Jahre lang Schlaftabletten, die nimmt immer gleich was. Ich hab was gegen Medikamente. Durch die Tabletten wurde es bei mir auch nur noch schlimmer. Da hab ich sie alle weggelassen, da hab ich mich am Riemen gerissen und dann ging das auch bald wieder. Da kam ich aus mir selbst wieder davon."

Untersucher: "Waren Sie auch mal in Behandlung deswegen?"

Schwester: "Ja, ja, da hatte ich ja die Tabletten her. Aber das hat alles nicht viel genützt. Ich hab mich nie so hängen lassen dann."

Untersucher: "Was meinen Sie denn, woher dieser Putzfimmel Ihrer Schwester kommt?"

Schwester: "Das war doch schon bei meiner Mutter so. Die hat auch den ganzen Tag geputzt."

Untersucher: "Und wie ist das bei Ihnen?"

Schwester: "Bei mir ist das nicht mehr so. Früher mußte ich auch viel putzen. Aber ich hab' das dann nicht mehr gemacht. Ich weiß nicht, meine Schwester hat aber auch immer alles gemacht, was meine Mutter gesagt hat. Na ja, die war unser Jüngstes. Die hing immer an der Schürze bei unserer Mutter. Ich war so "ein Dolles". Ich war da abgebrühter."

Untersucher: "Ja, war denn Ihre Schwester wirklich so ein "Heimchen", ging sie gar nicht mal weg später? Hing sie so sehr an der Mutter?"

Schwester: "Eigentlich hing sie mehr am Vater, der war gutmütig und der hat sie immer verhätschelt. Und dann später, doch, da ging sie viel mit weg. Eigentlich war sie immer ganz lebensfroh, nur halt so langsam. Sie hat mal gesagt: "Ach, auf der Post arbeiten, das könnt' ich nicht, wie du." Da ist sie lieber zu Hause geblieben. Sonst, wenn wir so wegwaren, hat sie immer schwer mitgemacht, da hat sie immer schwer Sprüche gekloppt, so Kalauer, wissen Sie, da hab' ich mich für sie mitgeschämt. Aber sonst? Sie hat sonst nix gewußt wie putzen, putzen, putzen."

Untersucher: "Sie sagten vorhin, ihr Ehemann sei genauso. Was ist er denn für ein Mensch. Versteht er sich mit seiner Frau?"

Schwester: "Ja, ja, er ist ein herzensguter Mann. Er hat sich immer um alles gekümmert, sie hatte nie viel zu tun. Er hat alles bestimmt. Er hat gekocht, und sie hat hintendrangestanden und kam nicht mit."

Untersucher: "Er hatte also immer die Regie."

Schwester: "Immer. Aber er hat ihr immer alles gegeben, was sie braucht. Aber eigentlich hat sie nie viel gewollt. Sie war auch darin immer pingelig. Ja, ja, er hat immer die Regie gehabt. Er ist nicht etwa irgendwie böseartig oder so. Aber sie fühlt sich doch sehr abhängig. Sie getraut sich so wenig. Wissen Sie, ich mußte einfach immer mehr ran, das mußte laufen. Ich hab nie jemanden gehabt, der so alles für mich---. Ich mußte anpacken."

Untersucher: "Ja, für Ihre Schwester war es gar nicht nötig, ranzugehen. Ihr Mann hat ja alles offensichtlich viel schneller und besser gemacht."

Schwester: "Ihr Mann war einfach zu gut. Er hat ihr nie Vorwürfe gemacht. Sie ließ sich immer so hängen. Ihr Mann war schon seit seiner Kindheit auf sich angewiesen. Daher konnte er ganz anders arbeiten...."

Ebenso wie bei der Schwester von Frau S. fiel mir auch im Haus der Schwester von Frau Bo. die offeneren, zwanglosere und freundlichere Atmosphäre auf im Vergleich zu der Umgebung der Patientinnen. Die Ordnung im Haus hat keine beherrschende Wichtigkeit, und nicht jedes Familienmitglied ist jederzeit mit einer für ihn wichtigen Beschäftigung anzutreffen. Der Ehemann der Schwester setzt sich bald zu uns, redet mit und streut hin und wieder einen Witz ein. Eine scherzhafte Bemerkung wie die seiner Frau, ich sollte nicht auf ihn hören, er sei so albern, ist mir in den Familien der Patientinnen nie aufgefallen. Die Leichtigkeit, die sich in solchen Worten gerade im Beisein eines Fremden äußert, scheint in deren Häusern schwerzufallen.

Die Schwester von Frau Bo. betont ebenso wie diese selbst das außergewöhnlich strenge Sauberkeits- und Ordnungsbedürfnis ihrer Mutter. Dieses wurde den Kindern anezogen, fruchtete aber besonders bei der Patientin - wie Frau S. dem Jüngsten der Geschwister - , deren innige Abhängigkeit von den Eltern und deren Mangel an Initiative schon als Kind auffallen. Letzteren können wir durch unsere Untersuchungen nicht befriedigend erklären. Er mag aber damit zusammenhängen, daß dem Kind wenig Interesse an anderen Dingen als speziell dem Säubern beigebracht wurde und es immer wieder die Chance hatte, sich in die wenn auch zwangvolle, so doch bequeme und Liebe spendende, aber passive Abhängigkeit von den Eltern zurückzuziehen.

In der eigenen Passivität und durch das extrem hohe Anforderungsmaß an die zu schaffende Sauberkeit bildet sich dem Zwang zu ordnen und zu putzen gegenüber ein ambivalentes Gefühl aus: Auf der einen Seite verlangt das Gewissen, daß Frau Bo. ihre Pflicht tut, auf der anderen Seite lehnt sie die Arbeitsweise der Mutter, der selbst sie auch ambivalent gegenübersteht, ab. Die Ablehnung der Arbeitsweise der Mutter führt aber bei ihr nicht zu einem anders gearteten aktiven Verhalten, einem echten Kontrast oder eigenen Weg, sondern zu erhöhter Passivität.

Frau Bo. zeigt eigentlich nie in ihrem Leben Eigeninitiative. Die Anstöße, etwas zu unternehmen, müssen immer von außen, durch andere kommen; so auch, wenn ihre Schwester erzählt, die Patientin sei als junges Mädchen mitumhergezogen, sie habe mitgemacht. Und ebenso, wenn sie später den ganzen Tag über in der Küche der Schwiegertochter sitzt und darauf wartet, daß etwas geschieht, daß ihr etwas geboten wird.

Ein äußeres Stimulans stellt auch der Ehemann nicht dar. In dem gutgemeinten Willen, seiner Frau vieles zu ersparen, hält er gerade alle Verunsicherungen und Probleme fern, die sie hätten fordern können. Er beläßt sie in ihrer Passivität und macht ihr auch keine Vorwürfe.

Die Betätigung, in die alle ihre vorhandene Aktivität eingeht, ist das Reinemachen. Fast die ganze Hausarbeit scheint bei ihr

auf diesen zentralen Punkt konzentriert zu sein. Hierin äußert sich ihr Zwang zur Pflichterfüllung, und dies stellt für sie die Hauptmöglichkeit dar, sich Zufriedenheit und Bestätigung zu verschaffen. Jedoch ist die Chance zur Verwirklichung eingeschränkt: zum einen verlangt das eigene Gewissen enorme Aktivität, die Frau Bo. schwerfällt. Dies führt dann auch zu "pathologischen" Formen der Betätigung, deren Abnormität der Patientin selbst zum Teil bewußt werden, gegen die sie aber nicht ankommen kann: sie putzt noch am Heiligen Abend bis spät in die Nacht hinein den Keller, fegt jeden Morgen um sechs Uhr die Straße oder putzt unmotiviert einen lange nicht mehr benutzten Bratofen aus. Zum anderen ist der Ehemann - ebenso wie die Mutter - leistungsfähiger als sie, sodaß ihr eigenes Tun unbefriedigend bleibt. Das wird auch an dem von der Schwester erwähnten Beispiel deutlich, in dem Herr Bo. kocht und sie nur ratlos zuschaut.

So wird auch die Hausarbeit, speziell das Putzen, bei aller Bequemlichkeit der Patientin für sie zur täglichen Unnützlichkeits-erfahrung. Dies ist der Punkt, an dem sie sich von den übrigen Patienten in ihrem Handeln, nicht in ihrer Motivation, unterscheidet: während Frau Bo. nicht umfassend den Versuch macht, den Anforderungen ihres anerzogenen Gewissens zu entsprechen, weil sie wenig Initiative aufbringt und weil ihr Anforderungsniveau für ihre Leistungskraft zu hoch ist - was ihr als Kind durch die Mutter, später vom Ehemann tagtäglich demonstriert wurde -, versuchen die übrigen Patienten, ihr Gewissen durch Alltagsarbeit zu beruhigen. Jene bleibt also nur auf einer früheren Stufe stehen. Sie projiziert dazu alles Verlangen des Gewissens in ein Teilgebiet der Hausarbeit hinein: ins Putzen. Nur hieraus kann sie Befriedigung ziehen, während den übrigen Patienten die weitergespannte alltägliche Arbeit zur Bestätigung dient.

Bei Frau Bo. scheint somit die Spanne zwischen dem Pflichtbewußtsein und der Fähigkeit, diesem zu entsprechen, größer als bei anderen Patienten, der Unterschied zu deren Arbeitsverhalten letztlich ein gradueller zu sein. Das Gewissen verlangt ungleich mehr von Frau Bo., als sie zu tun bereit und in der Lage ist.

Es stellen sich somit die Grenzen der Möglichkeiten, die der Patientin speziell durch die Mutter besonders eng gesteckt wurden, wie folgt dar:

Frau Bo. lebt jederzeit in starker Abhängigkeit und Anlehnung an eine andere Person. Diese fällt für sie Entscheidungen, prägt ihren Weg und schenkt ihr Geborgenheit. Es sind dies in der Kindheit die Eltern, später der Ehemann. Nie gelingt es ihr, einen eigenen Weg zu gehen; hierzu fehlt ihr die Initiative, hierzu fehlen äußere Anstöße, und außerdem fordert das anerzogene eigene strenge Gewissen, seinen Ansprüchen nachzukommen. Dies gelingt

nicht aus teilweiser Ablehnung des Verhaltens der Mutter, eigener Bequemlichkeit und wegen geringerer Leistungskraft, als sie Mutter und Ehemann aufbringen, Größen, die sich wechselseitig steuern. Damit ist diese Möglichkeit, Zufriedenheit zu erlangen, eingeengt. Kommen keine weiteren Anstöße von außen, bleibt die Patientin passiv. Und tatsächlich bietet ihr das Leben nur wenige Anstöße. So entsteht um sie herum ein Vakuum, das zu durchschreiten ihr zum einen Initiative und Möglichkeit fehlen und zum anderen entsprechende Führung.

Somit erscheint Frau Bo. als eine Person, die ihren engen Rahmen zu verlassen nie gelernt hat, weil ihr kein anderer möglicher gezeigt wurde, weil sie selbst dazu keine Energie aufbringt und die Bezugspersonen, an die sie gebunden ist, diesen Rahmen gerade erhalten.

Eine Umwelt also, die ähnliche Anforderungen stellt wie die der Kindheit, bedeutet für unsere Patientin eine Verstärkung und Fortsetzung einmal erlernter Reaktionsweisen. Dies verhält sich bei unseren übrigen Patienten in gleicher Weise:

Die Ehepartner stellen die Rolle des Betreffenden nur wenig in Frage: Sie kommen meist aus einer Welt mit ähnlichen Vorstellungen von Moral und Ordnung und sind entweder zu weiche und passive Menschen und lassen den Patienten in eigener Regie seine übernommene Rolle ausfüllen, oder halten ihn in totaler Abhängigkeit von ihrem stärkeren Willen, oder aber sie werden als zu kühl und egozentrisch beschrieben, um das Anlehnungsbedürfnis des Patienten zu befriedigen und somit eine verstehende Stütze bei außergewöhnlichen Unternehmungen des Patienten zu sein.

Kontakte zu Freunden und Bekannten sind spärlich, und man pflegt nur mit Personen zu verkehren, die dem eigenen Anschauungsbäude entsprechen. Man sucht sich seine Freunde tatsächlich meist ganz bewußt aus. Zu einem wirklich innigen Verhältnis kommt es dabei kaum.

Die Interessen der Patienten sind auf den vertrauten Bereich und Alltag beschränkt; verunsichernde Probleme z.B. der Politik und Moral werden weitgehend ausgeklammert.

Ein Berufsleben außerhalb des familiären Bereiches gab es bei unseren Patienten kaum. Und bei der Ausnahme Herr Sch. ist es gerade die eigene Gärtnerei, die der Patient gezwungenermaßen vom Vater übernahm und die die entscheidende Fremdbestimmung von Lebenslauf und Person bedeutet.

Auch der sexuelle Bereich ist wenig geeignet, den Patienten ungeschwerte, befreiende Freude und Befriedigung zu vermitteln. Sie alle hängen noch einer strengen Moral an, die Freizügigkeit kategorisch verbietet, und in vielen Fällen werden sexuelle Probleme

in der Ehe angedeutet oder geschildert.

Speziell zu diesen Punkten sei wieder auf die übrigen Arbeiten unserer Untersuchungsgruppe verwiesen.

So geschieht auch bei den erwachsenden Patienten eine Einengung auf einen sicheren und bekannten Bereich.

Die Umgebung, an deren Urteil der Patient den Wert eigenen Tuns zu bemessen gewohnt ist, verlangt auch jetzt von ihm v.a. die Erfüllung alltäglicher Pflichten und nur in seltenen Fällen das Übersteigen eigener Grenzen. Die Chancen, jetzt noch eine andere Persönlichkeit aufzubauen, sein hinter den Anforderungen der Umwelt und seinen Pflichten schlummerndes Ich zu aktivieren und gleichzeitig zu stützen, sind gering. Denn neue Maßstäbe bieten sich kaum. In die Welt des Depressiven wird von außen kaum etwas Neues hineingetragen, und er selbst vermeidet es tunlichst, an seinem Anforderungs- und Reaktionsgebäude zu rühren oder gar zu rütteln, das ihm relativ Stabilität bietet. Das Beispiel des sehr passiven Protestes der Frau Bo. zeigt uns zugleich die Ausweglosigkeit eines solchen auf.

So können wir sagen, daß sich im Leben unserer Patienten kein Bruch vollzieht, kein plötzlicher Ruck wird spürbar. Man bewegt sich innerhalb seiner Grenzen, so gut es geht, und versucht, dabei möglichst wenig aufzufallen, möglichst wenig Anstoß zu erregen. Das Leben der meisten Patientinnen stellt eine Fortsetzung der Rolle der eigenen Mutter mit gleichen oder ähnlichen Mitteln dar.

Ganz zu Beginn unserer Untersuchungen formulierte ein Mitglied unserer Gruppe folgenden Gedanken:

"Man hat so richtig den Eindruck, die verbergen was."
Dies hängt sicherlich mit dem Stoßen an die Grenzen aktueller Möglichkeit der Person zusammen und dem Gespür der Patienten für die Forderungen eines unterdrückten und gefesselten Ichs, diese Grenzen zu überschreiten. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen die Aussagen von Tellenbach (13), der das feste Eingeschlossen-sein in ein bestimmtes Möglichkeitsmuster und die Erfahrung dieser Tatsache als ein Hauptmerkmal des "Typus melancholicus" (Tellenbach) beschreibt. Um diesen Zwiespalt bewältigen zu können, löst sich die Person quasi in ein Muster von Reaktionsschemata auf. Sie agiert kaum aus sich heraus, sondern reagiert auf die Umwelt, deren Reize sie verarbeitet. So gewannen wir oft den Eindruck, daß es sehr schwer ist, die Person des Depressiven richtig zu fassen. Vieles läuft an den Patienten ab, ihre Bereitschaft, momentan zu verzeihen, geht weit über das Normalmaß hinaus, und viele versuchen Frieden zu halten um jeden Preis bis hin zur Profillosigkeit. Auf der anderen Seite aber können sie schon bei kleinen Fehlern oder Ärgernissen fast explodieren und in Diskussionen sehr unwirsch sein und sich bei Kritik sofort persönlich und inadäquat angegriffen fühlen. Wenn also einmal

nicht der Rückzug Reaktion auf eine Anforderung darstellt, so zeigt sich das Potential vorhandener und aufgetauter Spannung speziell an solchen Kleinigkeiten.

Der Zwang, immer pflichtbewußt zu handeln und sich in den Dienst einer Sache oder Person zu stellen, ist für die Patienten Spannungsquelle und Fessel zugleich und wird von ihnen zum Ideal hochstilisiert. Das gilt auch weitgehend für passive Patienten wie Frau Bo., bei der der Zwang zur Pflichterfüllung sich nur in einem Teilbereich der Hausarbeit, dem Säubern, in einer bisweilen symbolhaft anmutenden Form äußert. Da das Maß der Veräußerlichung nicht den ursprünglichen Bedürfnissen des Betroffenen entspricht, im Laufe des Lebens aber Notwendigkeit wurde, wird es im typischen Falle eben zur Aufgabe, zum Ideal und Lebensziel erklärt. So zeigt sich gerade in der Einstellung zu den eigenen Idealen deutlich die Begrenztheit der Welt und Möglichkeiten der Patienten: ihre Ziele sind Ehrlichkeit, Tüchtigkeit - "...es zu etwas bringen" -, Ordnungsliebe, eine integrale Familie, das optimale Ausfüllen der angelernten Rolle, also in den meisten Fällen das Erfüllen hausfraulicher und mütterlicher Pflichten. Und für das Verfolgen dieser Ziele wird alle Kraft mit ungewöhnlicher Ausschließlichkeit eingesetzt. Die Aktivität der Depressiven verpufft im Kleinen. So orientieren sich die Patienten an erprobten Maßstäben, nehmen eine konservative Haltung ein und betreiben recht gezielt eine Absicherung ihrer kleinen Welt gegen alle Unabwägbarkeiten und Kritik.

E. Ein Modell depressiven Krankwerdens

Es soll jetzt die Frage erörtert werden, was eine Person der oben beschriebenen Prägung für eine Depression prädestiniert. Es soll also der Versuch unternommen werden, Persönlichkeit und Verhalten des Patienten mit der als Krankheit erfahrenen Depression in Verbindung zu bringen und anschließend zu klären, was dem Patienten selbst davon bewußt ist. Es ergibt sich dabei eine modellartige Kette von Umständen, die zwar nicht streng kausal erklären kann, warum gerade ein bestimmter Umstand aus einem anderen folgen muß, jedoch jeweils den nächsten Schritt als eine logische und naheliegende Konsequenz des vorigen ausweist. Viele einzelne Punkte wurden schon behandelt, werden aber hier nochmals im Zusammenhang dargestellt.

(1) Am Beginn dieser Kette steht die Erziehung zu absolutem Pflichtbewußtsein durch dörfliche und kleinstädtische Umgebung, Kirche und die Eltern, vor allem die Mutter, die das Kind in Strenge oder verwöhnender Liebe unterwürfig und abhängig macht.

(2) Hieraus folgt eine Fremdbestimmung der Person und des Lebensweges des Patienten, die durch ihn nicht aufhebbar ist, weil sein Selbstvertrauen zu gering ist und er es nie gelernt hat, überhaupt auf die Ansprüche seines Ichs zu hören und sich aufzulehnen. Daneben steht ein hohes Pflichtgefühl; die Patientinnen eifern der Mutter nach, weil dies die Rolle ist, die auch sie einnehmen sollen, und die Mutter Gehorsam verlangt. Folgt die Betreffende ihrem eingepflichten Pflichtbewußtsein nur teilweise- sei es aus Ablehnung der Arbeitsweise der Mutter, die gar zu überhöhte Anforderungen stellt, sei es aus Energielosigkeit oder dem Zusammentreffen dieser beiden Faktoren-, hat sie hierfür den Preis erhöhter Passivität zu zahlen. Die Ansprüche des Gewissens bleiben dennoch bestehen.

Überhaupt übernehmen die Patienten die Ideale der älteren Generation. Bei alledem entsteht eine gewisse Angst, dem hohen Leistungsniveau des Vorbildes nicht entsprechen zu können, und eine allgemeinere Unsicherheit durch das Unterdrücken von Ansprüchen des Ichs.

(3) Folgendes Verhalten läßt sich hieraus ableiten:

Die Patienten sind sehr arbeitsam, sowohl aus Pflichtgefühl als aus dem Bedürfnis, die Erfolge ihres Tuns sichtbar werden zu lassen. Sie entsprechen Idealen wie Ordnung und Sauberkeit und zeigen einen Drang nach Repräsentation und sozialem Aufstieg. Es zu etwas zu bringen stellt für sie einen Nachweis der Richtigkeit ihres Anschauungsgebäudes dar. Um möglichst wenig aufgewühlt zu werden, kapselt der Patient sich und seinen Tätigkeitsbereich von der Umwelt ab, und auch, um seine Verdrängungsprozesse von Aggression und Angst nicht in Frage gestellt zu sehen.

(4) Dafür, daß der Patient von außen auferlegten Maßstäben und Ansprüchen entspricht, erwartet er umgekehrt einiges von der Umwelt: er möchte in seinem Wirkkreis Mittelpunkt sein, um sich bestätigt zu wissen, und er möchte geliebt werden, um sein Anlehnungsbedürfnis zu befriedigen und seine Schwäche nicht alleine tragen zu müssen.

Daneben will er seine Ideale in seiner direkten Umgebung, also vor allem in der Familie und in Haus und Garten, möglichst auch noch darüberhinaus verwirklicht sehen. Und er braucht das Bewußtsein, in seinem Bereich gut und erfolgreich zu sein und mißt sein eigenes Bemühen immer wieder an dem von anderen, z.B. der Nachbarn.

Wir haben somit zwei Tendenzen, die man als die zwei Parameter einer inneren Spannungsbilanz ansehen kann: 1. Die Fremdbestimmung und Anforderungen der Umwelt, denen der Patient nachkommen muß, 2. die Abwehr von Tendenzen, die diesem Anforderungsschema widersprechen. Ein Gleichgewichtszustand ist z.B. durch vermehrte Arbeit zu erreichen, die man als Entsprechung den Prinzipien der Anforderung gegenüber wie als Abwehr und Verdrängungshilfe von "unerlaubten" inneren Wünschen ansehen kann.

(5) Der seelische Zustand des Patienten ist abhängig von diesem Gleichgewicht. Nun gibt es Zeiten, in denen diese Bilanz ins Wanken gerät und ein Ungleichgewicht eintritt, das zu ertragen der Patient nur eine gewisse Kapazität besitzt. Die Ursachen können sehr verschieden sein: Die Spannungen durch die Fremdbestimmung können überhand nehmen dadurch, daß die Umwelt Verhalten und Person nicht anerkennt und andere Wege und Wertmaßstäbe aufzeigt, die den Patienten verunsichern. Oder dem Patienten bleiben Liebe und Erfolg versagt. Oder zu einer gewissen Grundspannung kommt eine aktuelle hinzu, z.B. der Verlust eines Bezugsobjektes oder das Infragestellen eines Wertmaßstabes, die Garant einer intakten Welt waren.

Auch das Maß der Verarbeitungskapazität von Spannungen erscheint variabel. Dieser Parameter wird bestimmt durch das Maß der Selbstansprüche und die eigene Arbeitskapazität, durch den Erfolg der eigenen Prinzipien und Person und das Urteil der Umwelt sowie durch das Funktionieren der Verdrängung von Problemen.

(6) Wie sieht nun die Reaktion des Patienten auf solche Bilanzstörungen, auf ein Überhandnehmen innerer und äußerer Spannungen aus? Der Patient kann im Kleinen darauf antworten und regulierend durch einen teilweisen Rückzug von der verunsichernden Umwelt eingreifen und damit das Maß der Reize, die an ihn herangetragen werden, reduzieren. Oder er wird z.B. in Diskussionen auf Kritik mürrisch und unwirsch reagieren und damit seine Aggressionen ungerichtet und ohne ein direktes Ziel äußern. Nur in seltenen Fällen dagegen war bei den Patienten ein wirklich aggressiver, auf eine bestimmte Person gerichteter Gefühlsausbruch zu sehen.

Im Großen stellt die depressive Phase die Antwort auf eine Bilanzstörung zwischen empfundener Spannung und möglicher Kompensation dar. Aufgestaute Aggression richtet sich - in seltenen Fällen - gegen die Umwelt, wie bei einer Patientin, die ihren Vater aus dem Fenster werfen will, meistens aber gegen die eigene Person und äußert sich in Schuldgefühlen und Be-zichtigungen eigenen Versagens und eigener Häßlichkeit. Am typischsten aber ist der fast totale Rückzug, durch den die von außen kommenden Reize und die Selbstansprüche eines bohrenden Gewissens auf ein Minimum reduziert werden. Bei aller inneren Aufgewühltheit sucht der Patient nach äußerer Ruhe; es zeigt sich kaum Aufbegehren, das Faß läuft nicht über, eher ertrinkt der Patient in seinen eigenen Problemen.

7) Die Depression bietet dem Betroffenen eine Reihe von Erleichterungen an, weshalb man sie als eine der Person und den Umständen durchaus adäquate Krankheit betrachten kann. Sie bietet dem Kranken 1.-wie oben bereits erwähnt - eine Zuflucht vor weiteren, die innere Spannung steigernden Reizen und vor den überhöhten Selbstansprüchen. 2. Die depressive Phase kann als Therapie, als Reinigung quasi verstanden werden. Die vorhandenen Aggressionen entladen sich, sei es gegen andere Personen oder Institutionen, sei es gegen die eigene Person. Vielleicht ist die Phase selbst als Ausbruch und Protest, als eine Form der Aggressionsäußerung zu verstehen. Der Ausbruch aus Monotonie und Alltäglichkeit ist vielleicht auch eine Form der Profilierung. Und für einige wenige Patienten könnte die depressive Phase sogar zu einem Grunderlebnis werden, aus dem sie als selbstbewusstere Menschen herausgehen: Zwei Patienten gehen nach Abklingen der Depressionen in ungewohnt forschender Form Probleme an und glauben, von "buckelnden" Menschen zum ersten Mal zu solchen geworden zu sein, die ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen. 3. Die depressive Phase verspricht dem Patienten eine schonendere Behandlung, zwingt die Umgebung, sich in besonderer Weise mit dem Kranken zu beschäftigen und rückt ihn in einen gewissen Mittelpunkt. 4. Die Erkrankung dient dem Patienten als Alibi für seine Untätigkeit und zugleich als Entschuldigung für ein mögliches Scheitern und empfundene innere Leere. Es zeigt sich also, daß es durchaus "sinnvoll" sein kann, daß der Patient in einer bestimmten Situation an Depressionen erkrankt. Zudem entspricht der Rückzug in diese Depression in seiner Passivität dem Wesen des Erkrankten, der im Falle der Dekompensation keine Explosion bietet, sondern einen Zusammenbruch, und der auch bei Infragestellung nicht die Aufgabe seines Bezugssystems wagt, sondern nur für die Zeit der Phase von ihm Urlaub nimmt.

F. Persönliche Disposition zur Depression im Selbstverständnis des Patienten

Vielen Patienten ist eine bestimmte persönliche Disposition zu depressiven Reaktionen nicht bewußt. Sie leben zu Zeiten der Gesundheit zufrieden und unauffällig in ihrer bekannten Umgebung, kommen ihren Aufgaben und Pflichten nach und zeigen über diese Alltäglichkeiten hinaus keine weiteren Aktivitäten und Interessen. Frau M. spricht dies in typischer Weise aus: "Ich habe einen guten Mann, ein schönes Zuhause und nette Verwandte und Bekannte, was will ich da noch mehr? Ich bin restlos zufrieden.... Ich war mein ganzes Leben immer mit dem zufrieden, was ich erreicht habe." Bei ihr wird die totale Anpassung am deutlichsten, die Person ist fast nicht mehr greifbar und bietet keinerlei Widerstand. Auch Frau Kp. sagt ähnliches: "Ich habe eigentlich immer getan, was man mir aufgetragen hat."

Für diese Menschen kommt die Depression völlig überraschend. Und gemäß ihrer allgemeinen Passivität sind sie auch während der Phase nicht in der Lage, ihre Person und ihr Verhalten gezielt in Frage zu stellen. Zudem ist einigen Patienten eine Denkweise, die nach den Ursachen eigenen Verhaltens fragt, fremd. Hierin äußert sich ein sozialer Faktor, denn offensichtlich bedarf es einer gewissen Schulung und Erfahrung, um in solchen Kategorien zu denken.

Man kann sagen, je höher die soziale Stellung oder je weiterreichend die intellektuelle Schulung eines Patienten ist, umso mehr und umso gezielter denkt dieser über auslösende Faktoren seiner Depressionen, die in seiner Person und seinem Lebensweg liegen können, nach. So sucht besonders Frau D., eine Chemotechnikerin, den Konflikt mit ihrer Krankheit. Sie muß zwar auch zugeben, durch ihre Krankheit nicht ganz "durchzublicken", aber sie übernimmt nicht nur die Verantwortung für ihre Depressionen, sondern sie stellt sich gezielte Fragen, was sie falsch gemacht haben könnte: "Wahrscheinlich ist das Leben halt doch nicht so leicht, wie ich es immer genommen habe," sagt sie, und mit dem Zeigefinger auf sich selbst gerichtet: "Hier dieser Mensch ist schuld." Es waren also ihre eigenen Unzulänglichkeiten, die sie krank machten. Weniger die äußeren Umstände als sie selbst haben entscheidend zum Zustandekommen der Depressionen beigetragen. "Vielleicht war ich mancher Entscheidungen nicht fähig." Worin ihre Unzulänglichkeiten genau bestehen, das vermag auch sie nicht zu sagen, doch ist sie eine der wenigen Patienten, die ihre gesamte Vergangenheit mit einem klaren Konzept nach möglichen Ursachen durchforsten.

Bei fast allen Patienten treten im Rahmen der Depression in irgendeiner Form verstärkt Schuldkomplexe auf, doch bleiben diese meist unverarbeitet. Man fühlt sich wertlos, insuffizient, unfähig zu fast jeder Betätigung, und es stellt sich häufig die Überzeugung ein, daß die Depression ihre Ursache eben in dieser allgemeinen Schwäche und Wertlosigkeit der eigenen Person habe, nicht, daß Depression gerade solche Schwäche und Wertlosigkeit ist. Doch geben die meisten Patienten nicht über die Beschreibung ihres momentanen Zustandes hinaus, die Frage der Verursachung wird gestellt, doch nur - auch nach eigenem Gefühl - unzureichend beantwortet und kaum mit dem früheren Wesen der eigenen Person zusammengebracht. Momentane Insuffizienz, Schuld und daher Erkrankung bleiben ohne Verbindung zu dem typischen Wesen der eigenen Person.

So beziehen sich die Grübeleien vieler Patienten während der Krankheit auf die momentanen Anforderungen des Alltags, darauf, wie die Angehörigen zu Hause zurecht kommen, oder die Umstände in der Klinik, die sie selbst betreffen, also Mitpatienten, Personal und Tagesablauf. Die Frage nach der Verursachung wird zwar immer wieder gestellt, doch bald kopfschüttelnd wieder abgetan, wenn auch andere nichts zu ihrer Beantwortung beitragen können.

Wenn jedoch bei einem Patienten eindeutige, Lebensweg und Persönlichkeit bestimmende Traumata vorhanden sind, so werden diese zur Erklärung herangezogen. So bringt Herr Sch., wenn er sagt: "Eine unbestimmte Angst zieht sich durch mein ganzes Leben", diese durchaus mit der überstrengen Erziehung seines Vaters und der erzwungenen Übernahme der Gärtnerei in Verbindung. Dies ist sein Komplex, der von Zeit zu Zeit akut wird. Doch reicht auch für ihn diese Erklärung nicht aus, denn auch sie beantwortet nicht das momentane Auftreten seiner Depressionen. So sucht er nach akuten Anlässen weiter, und v.a. für die Angehörigen - auch der meisten anderen Patienten - liegt in solchen viel eher der Grund als im Wesen des Erkrankten. Dies zeigt, wie schwer sogar für die nächsten Verwandten der Zugang zur Krankheit wird, aber auch, wie wenig ein solcher in vielen Fällen gesucht wird.

Für Frau Sch. steht im Mittelpunkt ihrer Depressionen der Komplex der Erfahrung, ein uneheliches Kind zu sein und als solches immer hinter die Stiefgeschwister zurückgestellt worden zu sein. Doch birgt eine solche gar zu plausible Erklärung die Gefahr, sie überzubewerten und andere mögliche darüber zu vergessen. Sie stellt eine regelrechte Zuflucht vor der Unerklärbarkeit der Krankheit dar.

Ein Beispiel für eine regelrecht verkrampfte Suche nach Ursachen bietet eine Patientin, die weit ausholend von ihrer schweren Krankheit berichtet und endlich zu dem Schluß kommt, die Tatsache, daß ihre Mutter während der Schwangerschaft unglücklich und sie ein unerwünschtes Kind gewesen sei, sei allein verantwortlich für das Entstehen ihrer Depression.

Auch in einer zu strengen Erziehung der Mutter und einer zu großen Abhängigkeit als Kind von ihr erkennen manche Patienten eine mögliche Ursache ihrer Depressionen. Gerade bei Frau Bo., die den peniblen Ordnungssinn ihrer Mutter übernahm, allerdings nie so perfekt wurde wie ihr Vorbild, darum Aggressionen gegen die Mutter entwickelte, sich in eine regelrechte Putzwut hineinsteigerte und sich schließlich von Staub und Dreck verfolgt und bedroht fühlte, ist ein solcher Zusammenhang naheliegend. So sagen auch ihre Angehörigen, den Untersucher vertraulich zur Seite nehmend: "Ach, ihre Mutter war doch genau so." In ähnlicher Weise dienen andere Familienangehörige, die auch depressiv waren oder sind oder es in irgendeiner Form "mit den Nerven haben" als Erklärung. Eine depressive Haltung liege in der ganzen Familie, und speziell werden Überlegungen über die Vererbbarkeit der Krankheit angestellt.

Wenn also die Patienten ihre Symptome mit einem greifbaren Komplex oder Trauma in Verbindung bringen können, so dient dies ihnen als Hauptklärung. Ansonsten werden nur in einigen Fällen eigene Wesenszüge und persönliche Entwicklung mit der Depression in Zusammenhang gebracht. Meist bleibt die unbeantwortete Frage: Wie konnte das ausgerechnet mir passieren ?

Interessant sind aber gerade jene wenigen Patienten, denen durch die Phase ein Mangel an eigener Härte bewußt wird. Eine von ihnen klagt über ihre übergroße Sensibilität, ihre "schwachen Nerven" und rasche Erregbarkeit. Doch sie ist nicht in der Lage, hieraus Konsequenzen zu ziehen. Für zwei weitere Patientinnen dagegen, denen ihr Mangel an Willensstärke und Profil bewußt geworden ist, wird die depressive Phase zu einer Chance der Umkehr. "Ich habe mich immer untergeordnet, so weit ich konnte", sagt die eine, die andere formuliert es krasser: "Menschen, die schlucken, kommen zu Depressionen." Sie machen ihre Lebenshaltung für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich: "Ich habe das in mich reingefressen." Sie sind überzeugt davon, ihrer Umwelt gegenüber zu nachgiebig, zu wenig selbstbewußt aufgetreten zu sein und sich nie energisch genug ihr Recht verschafft zu haben. Jetzt aber lassen sie sich nichts mehr bieten und treffen alle anstehenden Entscheidungen in eigener Regie. Auch Monate nach überstandener Depression haben sie bisher diese Einstellung beibehalten. Doch wird erst der längere Verlauf zeigen, ob es sich hier tatsächlich um eine Wandlung oder aber um die Symptome einer Manie handelt, die sich der Depression angeschlossen hat.

Der Versuch, die Erkrankung als Druckmittel zu benutzen, um sich in den Mittelpunkt der Beachtung in der Familie zu rücken, wird an einigen Patienten deutlich und von diesen z.T. mehr oder weniger bewußt unternormen. Es ist dies bei Frauen der Fall, die sich nicht ausgelastet fühlen, wenig Aufgaben haben und tagsüber viel alleine zu Hause sind. So fängt Frau Bo. immer gerade zu weinen und zu klagen an, wenn jemand in ihrem Zimmer ist, und beschäftigt den Ehemann in einem fort, so daß er sich kaum einmal für einige Minuten entfernen kann. Gleichzeitig dient bei ihr die Krankheit auch als Alibi dafür, alle Hausarbeit ihren Mann tun zu lassen. So antwortet sie der erstaunten Schwiegertochter, die die Patientin mittags um 12 Uhr noch im Bett vorfindet, obwohl es ihr schon wieder nach eigenen Aussagen recht gut geht: "Ach, es langt ja, wenn ich zum Essen aufgestanden bin." Es scheint ganz selbstverständlich für die Patientin zu sein, daß ihr Ehemann inzwischen das Essen bereitet.

Insgesamt hat sich bei unseren Untersuchungen folgende Tendenz bei der Beurteilung der Auslösung der Depressionen abgezeichnet: die Angehörigen und Bekannten der Patienten suchen mögliche Ursachen v.a. in der Umgebung des Patienten, in direkt und aktuell auslösenden Situationen. Der Patient selbst ist auf dem Höhepunkt seiner Verunsicherung weitgehend von einer Eigenschuld an der Auslösung überzeugt, klagt sich aber vor allem in allgemeiner Form an und weiß kaum zu sagen, wo seine Schuld genau liegt. Nur der kleinere Teil der Patienten hat hier konkrete Vorstellungen oder wenigstens Vermutungen. Für viele ist das Verknüpfen von allgemeiner Lebenshaltung und Depressionen ein intellektuell und vom Antrieb her nicht zu lösendes Problem. In der Anfangs- wie in der Abklingphase dagegen betonen auch die Patienten selbst mögliche aktuelle Auslöser mehr als Ursachen, die in der eigenen Person begründet liegen. Doch gelingt es keinem der Patienten, eine befriedigende Erklärung zu finden, so daß er bisweilen zu recht phantasievollen und konstruierten Auslösermöglichkeiten Zuflucht nimmt.

5. Die Zeit in der Klinik und die Einstellung des Depressiven zu seiner Krankheit.

A. Die Bedeutung der Zeit in der Klinik.

Nach einer langen Zeit der Ungewißheit über den eigenen Zustand und aus einer inzwischen recht verfahrenen Situation in der eigenen Familie heraus wird der Patient in die Klinik eingewiesen.

Frau S.: "Das ging einfach nicht mehr zu Hause. Das hatte keinen Zweck mehr. Ich war dann froh, als ich wußte, was ich hatte. Da hat man doch wenigstens was in der Hand."

Unters.: "War es Ihnen recht, in die Klinik zu gehen?"

Frau S.: "Na ja, schön ist sowas nicht. Aber ich habe mir gedacht: Entweder du kriegst jetzt da geholfen, oder...."

So wie Frau S. gehen viele Patienten freiwillig, ja sogar erleichtert in die Klinik. Denn erstens wissen sie seit der Stellung der Diagnose "Depression", daß sie eine definierbare und zumindest verbal zu umreißende Krankheit haben. Es ist ihnen hiermit ein Begriff gegeben, auf den sie sich stützen und berufen können, wenn auch das Stellen einer Diagnose negative Aspekte haben kann. Doch das Gefühl, abgestempelt zu sein als eine Person, deren Krankheit in den eigenen Augen und in denen vieler anderer in der Nähe der "Geisteskrankheit" steht, und die als nicht mehr voll zurechnungsfähiger Mensch angesehen werden kann, wird in den meisten Fällen von den Vorteilen einer klaren Diagnose überwogen. Zweitens braucht sich der Kranke trotz aller fortbestehender Schuldgefühle jetzt nicht mehr alleinverantwortlich für sein Handeln zu fühlen, da er zu einem Geschehen, das sozusagen über ihn gekommen ist, nichts kann. Und drittens ist mit der Einlieferung in die Klinik die Hoffnung auf einschneidende Hilfe verbunden.

Andere Patienten dagegen sträuben sich mit einer Energie gegen die Einweisung, die man ihnen bei ihrer sonstigen Antriebslosigkeit kaum zutraut hätte. Sie wollen um keinen Preis als krank abgestempelt sein - noch ein Zeichen der Auflehnung gegen die eigene Krankheit - und haben Angst vor der Psychiatrischen oder Nervenklinik, mit der sie eben sofort "Irrsinn", "Geisteskrankheit" und die Erwartung verbinden, fürs Leben gebranntmarkt zu sein. Auch begegnete uns die Angst vor der Institution Krankenhaus, v.a. bei Patienten aus ländlicher Umgebung und bei solchen, die noch nie in ihrem Leben in einer Klinik waren. Es mag auch noch hinzukommen, daß die Einweisung als neuerliche eingreifende Veränderung erfahren wird, die die Patienten zu der schon bestehenden in weitere Unsicherheit stürzt.

Auch ist für den Depressiven oft nicht klar, in welchem Zustand er Familie und Heim zurückläßt. Mag die Situation noch so zerfahren und der Patient noch so antriebslos sein, so fühlt er sich doch immer noch oder gerade verantwortlich für seinen Wirkungsbereich. Diesen zu verlassen kann ihm also sehr schwer fallen, trotz der Gewißheit, zu keiner Arbeit fähig zu sein. Und in manchen Fällen, zumal, wenn ein gespanntes

Verhältnis zum Ehepartner besteht, hat der Patient das Gefühl, daß er abgeschoben und sein Einfluß beschnitten werden soll.

So reißt ein Patient direkt nach der Einweisung wieder aus, und ein anderer unternimmt einen Selbstmordversuch. Doch muß ein solcher nicht unbedingt nur als Reaktion auf die Einweisung verstanden werden. Er kann auch ein Zeichen momentan gesteigerter Insuffizienz- und Sinnlosigkeits-erfahrung sein in dem Gefühl, die Gesamtsituation der Krankheit nicht mehr ertragen zu können.

Für alle Patienten bedeuten der erste oder die ersten Tage in der Klinik einen Schock. Sie fühlen sich abgeschoben und alleingelassen, sie sind fast nur noch von Kranken umgeben, und haben durchaus ein Gespür für diese Atmosphäre totaler Krankheit.

Doch bleibt dieses Gefühl der Bedrohung nicht so lange dominant, zumal die Patienten bei ihrer Einweisung meist tief depressiv und anteilslos sind und die Medikamente sie weiter sedieren. So tritt neben die Angst bald das Gefühl, in guter Obhut und geborgen zu sein, und überwiegt jene. Hierfür ist zum einen der Rhythmus der Klinik verantwortlich, der dem Patienten, je passiver dieser ist, umso mehr hilft. Denn er kommt seinem schwachen Willen entgegen und nimmt ihm einen großen Teil seiner Entscheidungen, auch und gerade die zu einem eigenen Rhythmus, ab, ebenso wie die meiste Verantwortung, die der Patient zu Hause selbst tragen müßte. Zudem sind die Mitpatienten ein Spiegel seines Verhaltens, und gerade vor ihnen, denen es ähnlich geht wie ihm, möchte er sich nicht ganz bloßstellen, zumindest, wenn die erste und tiefste Phase der Antriebslosigkeit vorüber ist. Auch stellt der Patient nach einiger Zeit wohltuend fest, daß ihm seine möglichen Aggressionsobjekte zu Hause genommen sind und daß er eine recht verfahrenere Situation hinter sich gelassen hat.

Zudem wird ihm durch seine Mitpatienten die totale Abkapselung verwehrt, und wenn er wieder aus seiner ärgsten depressiven Verstimmung emporkommt, empfindet er die Kontaktaufnahme auch als ersten Weg aus der Isolation. So sind neben dem Rhythmus in der Klinik auch die Kontakte zu Mitpatienten eine entscheidende Hilfe. Bei ihnen findet er das Mitgefühl und Verständnis, das er zu Hause gar nicht oder nicht in gleichem Maße gefunden oder empfunden hatte. Denn entweder hatte der langsame Verlauf und die Undurchsichtigkeit der Erkrankung die Angehörigen verärgert oder aber ihnen keine Möglichkeit echten Verständnisses und Verstehens gegeben. Denn es ist entscheidend für den Patienten, sich verstanden zu wissen. Es ist eine enorme Hilfe und Erleichterung für ihn, das Gefühl zu haben, angenommen zu sein und sein Anlehnungsbedürfnis befriedigen zu können. Eine - als solche erfahrene - Ablehnung der eigenen Person verstärkt die Selbstzweifel in erheblichem Maße. "Sie können sich gar nicht vorstellen, wie das ist", und auf diese Worte folgen eindringliche Schilderungen des eigenen Befindens, die ein Einfühlen des Gegenübers fast erzwingen sollen. Oder: "Versetzen Sie sich in meine Lage". Dies sind Aufforderungen, dem Patient entgegenzukommen. Oft erkennt der Partner gar nicht, wie begierig der Depressive schon kleine Zeichen menschlicher Wärme aufnimmt, wie sehr ihm etwas Herzlichkeit das - wenn auch unbestimmte - Gefühl gibt, nicht ganz isoliert zu sein. Erst später, in wiedergewonnener innerer Sicherheit, wurde diese Tatsache den Untersuchenden eingestanden. Dem genaueren Verhältnis zum Mitpatienten wird anschließend ein eigenes Kapitel gewidmet.

Neben den Beziehungen zu den anderen Patienten sind natürlich die zu dem Pflegepersonal und den Ärzten von entscheidender Wichtigkeit. Sie laufen in aller Regel recht geradlinig ab. Auch zum Personal - soweit es das Gefühl des sich Unterordnenmüssens v.a. gegenüber den Ärzten zuläßt - versuchen die Patienten, persönliche und menschliche Beziehungen herzustellen; auch aus diesen Beziehungen versuchen sie das Gefühl zu ziehen, nicht alleine zu sein. So wurden dem Untersuchenden gegenüber immer wieder gerade die "menschlichsten" Ärzte als die besten bezeichnet. Eine Patientin ist sogar davon überzeugt, daß ihre Begegnung mit einem sehr kühlen und distanzierten Arzt eine sofortige Verschlechterung ihres Zustandes zur Folge hatte, so daß sie jeder weiteren Begegnung mit ihm konsequent aus dem Weg ging.

Der äußere Kontakt des Kranken zu seinen Angehörigen reißt auch in der Klinik nicht ab, er ist eben in der Zeit tiefster Verstimmung nur von wenig Emotionen von Seiten des Patienten getragen. Die Verwandten kommen so oft als möglich zu Besuch. Auch für sie war die Einweisung eine Erleichterung gewesen, denn sie wußten nun, daß eine echte Krankheit vorlag, konnten auf Hilfe hoffen, und die verfahrenere Situation zu Hause löste sich auf.

Doch brachte die Einweisung auch Schwierigkeiten mit sich. Die Rolle des Kranken zu Hause mußte vorübergehend besetzt werden, was meist der Ehepartner oder auch die Mutter der Patientin übernahm. Solche Mithilfe stellen die meisten Kranken dankbar fest, freilich begleitet von der Sorge, ob ohne sie selbst wohl alles in der rechten Weise besorgt werde. Bei fast allen Kranken spielt die stille Überzeugung mit, daß es ohne sie eigentlich gar nicht gehen könne, weshalb sie immer wieder über die Zustände zu Hause grübeln, um sich schließlich selbst zu beruhigen: "Na ja, die werden schon irgendwie auskommen."

Einige Patienten dagegen verstehen die Übernahme ihrer Rolle durch Verwandte als Eingriff in ihre Rechte, als Versuch, sie als Kranke abzuschieben und die Familie entsprechend umzustrukturieren. Dies können die Patienten in ihrer Unsicherheit und Angst entweder verzerrt und übertrieben sehen, oder aber ein lange von der dominierenden Ehefrau unterdrückter Mann macht sich jetzt tatsächlich stark und nimmt die Fäden der Familie in die Hand. Ob nun die Strukturverschiebungen nur als vorübergehende oder auf Dauer geplant sind, auf jeden Fall findet sich der Patient nur schwer damit ab, in die Geschicke der Familie nicht mehr lenkend eingreifen zu können.

Verhalten und Einstellung in der Klinik sind selbstverständlich abhängig von dem Fortgang der Krankheit und der Genesung. In den ersten Wochen nach der Einlieferung, also auf dem Höhepunkt der Depressionen, ist der Patient sehr passiv, kontaktscheu und nur wenig ansprechbar. Doch registriert er zugleich die Vorgänge seiner Umgebung sehr aufmerksam und detailliert. Bisweilen erscheint gerade diese Aufmerksamkeit im Vergleich zum Normalzustand angstvoll gesteigert, so als müsse sich der Patient bei jedem noch so kleinen Vorgang davon überzeugen, daß dieser nichts mit ihm zu tun habe, ihn nicht betreffe und ihm nichts anhaben könne. Diese Haltung erinnert an Beziehungswahnvorstellungen und wird verständlich, wenn man bedenkt, wie sehr sich der Kranke überlastet fühlt, wie die Probleme von allen Seiten auf ihn einströmen und über ihm zusammenschlagen.

Oder man kann die gespannte Aufmerksamkeit umgekehrt interpretieren als Ausschauhalten gerade nach Beziehungen, als Warten darauf, endlich wieder von einem Vorgang innerlich berührt und angestoßen zu werden. Gleich, welcher Interpretation man zuneigt, in jedem Fall drückt sich in dieser Haltung die ganze zehrende innere Spannung und Unruhe des Depressiven aus.

Im weiteren Verlauf des Klinikaufenthaltes werden dann die Patienten im allgemeinen kontaktfreudiger und auch offener für Gespräche. Thematisch bleiben sie die ganze Zeit über auf den Bereich ihrer Krankheit, den Tagesablauf in der Klinik und ihre Hoffnungen und Ängste bezüglich ihrer Familie eingeengt. Das ist nicht verwunderlich, denn die Krankheit ist ihr aktuelles Problem, die Klinik die Umgebung, aus der sie täglich ihre Assoziationen beziehen, und auch im Gesunden war ihr Interesse meist auf Heim und Familie beschränkt.

So wie die zunehmenden Kontakte ein frühes Zeichen der Besserung sind, zeigt sich bei vielen Patienten die voranschreitende Genesung auch in ihrem Äußeren: sie legen wieder Wert auf ein gepflegtes und nettes Aussehen, die Frisur wird erneuert und das Kleid schon öfter bewußt ausgesucht.

Alle Patienten lassen sich - mit mehr oder weniger großer Ungeduld - bereitwillig behandeln, und einige sagen spontan, sie würden sich bei neuerlichem Auftreten der Symptome jederzeit und sofort wieder in die Klinik überweisen lassen in der Hoffnung, auch dann wieder geholfen zu bekommen.

Die meisten Patienten erhalten vor ihrer endgültigen Entlassung ein oder mehrmals Wochenendurlaub, damit der Übergang ins familiäre Leben und zu den alltäglichen Aufgaben nicht zu abrupt geschieht. Die Freude auf die Entlassung und die Ungeduld der Erwartung sind allerdings verschieden. Sie sind am größten bei den Patienten, für die eine intakte Familienstruktur außer Frage steht und auf die ganz spezielle Aufgaben warten wie auf Frau S., die drei kleine Kinder zu versorgen hat. Doch begleitet wird diese Frau von der Angst, den zu erwartenden Aufgaben noch nicht gewachsen zu sein und erneut von den Problemen des Alltags überschwert zu werden. Für andere Patienten wird die Entlassung dringlich, weil sie sich nicht länger abgeschoben fühlen und zu Hause endlich wieder "das Heft in die Hand" nehmen wollen, um mögliche Umstrukturierungen zu ihren Ungunsten in der Familie rückgängig zu machen.

Dagegen gibt es besonders passive, ängstliche und anlehnsbedürftige Patienten, die dem Tag der Entlassung voller Angst und Unruhe entgegensehen. Sie sind durch den Rhythmus der Klinik so sehr entlastet worden, haben ihn als so wohltuend empfunden und sich in ihm derart etabliert, daß sie ohne diese Stütze nicht auszukommen glauben und neuerlichen Belastungen zu Hause tief skeptisch gegenüberstehen. Obwohl sie auf der anderen Seite auch gerne wieder zu Hause wäre und immer wieder betont, wie schön sie es zu Hause haben könne, bittet Frau Bo. direkt, noch länger bleiben zu dürfen, und Frau Ku. wird auf ihre Klagen hin, der neuerlichen Umstellung vom Leben in der Klinik auf das in der beanspruchenden Umgebung ihres Haushaltes noch nicht gewachsen zu sein, gegen ihren Willen von ihrem Sohne erst einmal für drei Wochen mit in dessen Wohnung genommen, um ihr so den Übergang zu erleichtern.

B. Die Einstellung des Depressiven zu seinen Mitpatienten und deren Krankheit

Je nach dem Abklingen der tiefsten Depressionen und je nach Temperament und Kontaktfreudigkeit, die weitgehend der bei Gesundheit entsprechen, treten schnell oder allmählich, mehr oder weniger intensive Beziehungen zu Mitpatienten auf. Freilich wird der Kranke in jedem Fall durch die Umgebung und die Tatsache, daß er Tag und Nacht mit anderen ein Zimmer teilt, ohnehin zu einer gewissen Kontaktaufnahme gezwungen. Auch wenn Frau Kp., die schon immer sehr kontaktscheu war, sagt: "Die Leute sind mir ja fremd, Kontakte habe ich keine zu Mitpatienten," so findet doch die Mehrzahl der Kranken recht schnell Kontakt zueinander. Ein Untersucher hat sogar den Eindruck, daß auf der Station unter den Depressiven - Patienten mit gleicher Krankheit finden sich weitgehend zu Gruppen zusammen - fast eine Stimmung wie unter Eingeweihten herrsche, freilich mit Außenseitern. Auf jeden Fall bilden sich echte Kameradschaftsverhältnisse aus, man hilft sich gegenseitig und zeigt Interesse für die Probleme und Symptome der anderen. Einige freundschaftliche Verbindungen bleiben auch über die Zeit stationärer Behandlung hinaus bestehen.

So sagt Frau M.: "Ich habe mich mit allen immer gut verstanden. Aber sie waren auch alle mit mir zufrieden." In diesen Worten klingt nicht nur die Genugtuung darüber an, in der Klinik nicht alleine und isoliert geblieben zu sein. Es dringt vielmehr auch in diesem Zusammenhang das nie zu stillende Pflichtbewußtsein durch, sich dem Anspruch der Umwelt gemäß zu verhalten, das Bedürfnis oder der Zwang, die Erwartungen der Umgebung möglichst genau zu erfassen und ihnen zu entsprechen, um sich nichts zu Schulden kommen zu lassen, um sich keinen Vorwurf machen zu müssen. Es erscheint typisch, daß die Patientin nicht von ihrer Freude spricht, sondern von Zufriedenheit, einem Mittelmaß der Gefühle, das mehr die Abwehr von Ungemach beschreibt als aktive, überschießende Freude. Das Wort "Zufriedenheit" wird ungleich häufiger gebraucht als der Begriff "Freude" oder gleichbedeutende andere.

Unbefangener und spontaner klingen die Worte von Frau Hm., als sie über eine Mitpatientin spricht: "Da mußte ich sie dann einfach trösten, weil es der Armen ja noch schlechter ging als mir." Dieser aktivere Zugang zu anderen entspricht auch ihrem sonstigen Wesen, sie war immer eine unternehmungslustige und - wie sie selbst sagt - "flotte" Frau. Und dennoch findet sich auch bei ihr jene Abhängigkeit von anderen, jener empfundene Zwang, gut zu sein und von anderen gesetzten Normen zu entsprechen wie bei Frau M. und so vielen anderen Depressiven. An anderer Stelle sagt sie deutlicher: "Ich war immer bemüht, den Leuten zu gefallen und nett zu allen zu sein."

Die Zuwendung des Depressiven zu seinen Mitpatienten hat verschiedene Aspekte. Zum einen versucht er, sich unentbehrlich für andere zu machen: "Ich will eine Stütze dieser Frau sein", und: "Weinen Sie sich mal aus. Wenn Sie sich ausgeweint haben, dann wollen wir beide uns mal unterhalten." So wirbt der Patient aktiv um die Zuwendung des anderen, von dem er hofft, daß er sich ihm öffne. Dann sieht er, daß er gebraucht wird, was von großem Wert für sein Selbstgefühl ist.

Außerdem ist er es auf Grund seines ausgeprägten fürsorglichen Triebes gewohnt, für jemanden da zu sein, sodaß sich in seinem Dienst am anderen ihm ein echter Sinn offenbart. All dieses Interesse und diese Tätigkeit sind in seinen Augen ein Zeichen wieder beginnender Gesundheit, machen ihn vor sich selbst wieder mehr zu einem vollwertigen Menschen: er beginnt sich in dem ungewohnten Rahmen der Klinik zu etablieren und verhält sich - soweit möglich - nach den gleichen Richtlinien und Maximen wie zu Hause. Er beginnt, als Person in einem kleinen Bereich nach außen wichtig und dadurch anerkannt zu werden, um eine innere, eigene Wichtigkeit verspüren zu können. Und bei alledem ist echte menschliche Wärme und Zuneigung von entscheidender, stabilisierender Bedeutung für ihn. Daher sucht er immer den Menschen im Mitpatienten, und den glaubt er in erster Linie in anderen Depressiven finden zu können, die ähnliches durchgemacht haben wie er und ihn daher besser verstehen können. Vielleicht liegt der Grund für besonders enge Beziehungen zwischen manchen depressiven Patienten in eben dieser gegenseitigen Befriedigung von Anlehnsbedürfnis und der Möglichkeit, durch gegenseitige Fürsorglichkeit wieder ein Selbstwertgefühl aufzubauen.

Neben der menschlichen Zuwendung zeigt der Kranke ein fast klinisches Interesse am Symptomenkomplex des anderen. Es ist für ihn eine Erleichterung zu sehen, daß es diesem ähnlich ergeht wie ihm selbst. Doch auch, wenn er erkennt, daß der Mitpatient ebenso wie er unter einer Depression leidet, hat jener für ihn immer eine andere Krankheit. Selten nur ist der Patient bereit, sich mit dem anderen Depressiven auf eine Stufe zu stellen. Die Erkrankung des anderen ist und bleibt in seinen Augen anders als die eigene, auch wenn er die Unterschiede nicht benennen und definieren kann. Oft bringt er die Probleme des anderen letztlich auf den einfachen Nenner "Stress".

Frau Kp. betrachtet Depressive - außer sich selbst - als Menschen, die mit ihren Problemen nicht fertig werden und die durch ihre Krankheit die Umwelt in einem Zerrspiegel sehen. Andere Depressive sind für sie "Menschen, die in einem Wahn leben." Doch die Unterschiede zu sich kann sie nicht angeben.

So solidarisiert sich der Patient zwar mit den Ärgernissen, Problemen und der Person des anderen und erwartet von ihm Verständnis, Mitgefühl und vielleicht Freundschaft, doch auf der anderen Seite distanziert er sich von der Übereinstimmung mit dessen Krankheit. Wahrscheinlich hat das seine Ursache zum einen darin, daß der Depressive seine eigene Erkrankung als so fremd erfährt, daß er glaubt, sie müsse auch für jeden anderen irgendwie fremd bleiben und anders sein. Und zum zweiten vermeidet er die zu enge Identifikation mit einer Erkrankung, die in seinen Augen doch in der Nähe von Geisteskrankheiten steht. Mit einer solchen will er möglichst wenig zu tun haben, auch wenn er die Person, den Träger der Krankheit, akzeptiert.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß bei aller Einschränkung zwischen vielen Patienten ein sehr enger Kontakt entstehen kann. Es gibt Situationen, in denen ein Patient seine eigenen Leiden über seinem Mitgefühl, seinem Interesse oder gar in einem Versuch momentaner Aufopferung vergißt.

Umgekehrt kann aber auch der Ärger über einen Mitpatienten eine Verschlechterung des eigenen seelischen Zustandes induzieren, wie es Frau Hn. passierte, als sie sich über das Verhalten einer Zimmergenossin stark erregte. In der Phase ihres Ärgers meinte Frau Hn. dann vorwurfsvoll: "..... denn was da in unserem Saal los ist, das spottet jeder Beschreibung."

Auch steht nicht jeder seinen Mitpatienten offen gegenüber. Frau Ku. hat fast vor allen Menschen Angst, zieht sich so oft als möglich in ihr Bett zurück und nimmt auch nur selten an gemeinsamen Unternehmungen aller Patienten teil. Frau D. empfindet für lange Zeit allen Mitpatienten, dem Personal und dem Untersucher gegenüber starkes Mißtrauen, das sie nur schwer definieren kann. Sie sagt selbst, daß sie eine solche Haltung früher nie an sich beobachtet hat, und weiß auch, daß ihr Mißtrauen stark übertrieben ist, doch kann sie nicht dagegen an.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Patienten jeweils gemäß ihrem Temperament Kontakt zueinander finden, sich sehr füreinander interessieren und Verständnis und Mitgefühl entwickeln für Personen, denen es ähnlich ergeht wie ihnen selbst. Doch sind sie alle davon überzeugt, daß ihre eigene Krankheit in irgendeiner Weise etwas Besonderes und anders als die der andern sei, aber näher bestimmen können sie diese Unterschiede nicht.

C. Die Einstellung des Patienten zu seinen Depressionen

Die beginnenden Veränderungen, die der Patient an sich erfährt, die ersten Symptome, die er bemerkt, betrachtet er - wie schon beschrieben - noch als vorübergehend; dementsprechend unfertig ist auch seine Einstellung ihnen gegenüber. Ebenso unfertig, so auf den Moment bezogen, wie die Veränderungen selbst erscheinen, sind auch die Gedanken, die sie herausfordern: Der Patient hofft, eine abgeschlossene Einstellung gar nicht entwickeln zu müssen und die Vorgänge in ihm als eine kurze Episode ohne bleibende Relevanz abtun zu können. Er rettet sich in seinen Alltag hinein, verstärkt seine Arbeitsanstrengungen oder erklärt seine Willenlosigkeit mit einer momentanen Unpäßlichkeit, mit einem aktuellen Überfordertsein. Er versucht, seine Beeinträchtigung möglichst weitgehend zu ignorieren. Der Aufwand eines mehr oder weniger bewußten Konfliktes kann noch als unnötig und überflüssig angesehen werden, weil die Probleme sich noch von selbst wieder zu lösen scheinen. Jedenfalls bedeutet diese Hoffnung ein Alibi dafür, den Konflikt mit der entstandenen Situation noch nicht einzugehen.

Vergleichbares ist zu sagen über den Versuch, die aufgetretenen Symptome als organisch begründet anzusehen. Im Anfangsstadium der Depressionen beachtet der Patient besonders in der Körpersphäre vor sich gehende Veränderungen, interpretiert er die meisten seiner Symptome als körperlich, zumindest als körperlich verursacht: Verstimmung und Handlungsunwillen, Schlaflosigkeit und innere Unruhe erscheinen als Folge einer Magenverstimmung, eines Hustens oder eines geschlechtlichen Leidens. So projiziert er krankhafte Vorgänge in einen überschaubaren Bereich, ein umreißbares Organ, das er sich vorstellen kann. Der Konfliktwert einer organischen Erkrankung erscheint geringer als der einer psychischen. Frau D. sagt später: "Wie gerne hätte ich eine organische Krankheit. Da merkt man doch, wie's vorwärtsgeht. Da will man. Aber diese Krankheit, das ist furchtbar."

In diesen Worten wird der Unterschied in der Einstellung der Patientin zu körperlichen und seelischen Krankheiten deutlich. Organische Krankheit - jedenfalls in der von den Patienten erwarteten Schwere - ist verbunden mit dem Aspekt des Vorübergehenden. Entweder richtet sich der Körper selbst wieder auf, oder im schlimmeren Falle kommt Hilfe durch den Arzt von außen. Immer ist es also so, daß der Patient das Zentrale der eigenen Person aus diesem Vorgang der Krankheit heraushalten, seine Person dieser gegenüberstellen kann, sei es zeitlich bei überschaubaren und vorübergehenden Prozessen, sei es örtlich, wenn nur ein bestimmter Teil des eigenen Körpers betroffen ist, der die Person nicht in Identitätsschwierigkeiten treibt.

Sicher ist auch eine psychische Erkrankung mit dem Gedanken an ihr Ende verbunden, doch auf eine andere Weise. Der Betroffene geht als Gesamtperson in sie ein, steht ihr nicht gegenüber, kann sich ihr gegenüber nur schwer profilieren. Und damit gelingt ihm auch nur schwer eine Einstellung zu dieser Krankheit, weil gerade die Instanzen, die sonst die Einstellung zu den eigenen Problemen bewirken, mitbefallen sind. Sein Wille ist infiziert, sein Antrieb, aus eigener Kraft wieder gesund zu werden, nur noch in einer verschwommenen Form vorhanden. Sicherlich sind diese Instanzen nicht völlig außer Kraft gesetzt, doch fehlt ihnen die Eindeutigkeit einer Richtung, ein bestimmtes Ziel. Mit ihnen läuft ein Vorgang ab, der sie in seinen Bann zieht, der ihnen den Blick für die gewohnten Aufgaben nimmt.

Diese Veränderung innerer Instanzen erfährt der Patient als Krankheit. Er erfährt als Krankheit den Verlust seiner gewohnten inneren Orientierungsrichtlinien, und dazu gehört auch das Bestreben, nach solchen zu suchen, was die erste dieser Richtlinien darstellt. So schwächt also der Eingang der Gesamtperson in die Krankheit und die Infizierung ihres Willens die Fähigkeit des Patienten, die psychiatrische Erkrankung örtlich und zeitlich als überschaubar und klar abgegrenzt zu erfahren. Diese Schwierigkeiten, die freilich vom Stadium der Phase abhängen, machen die Einstellung zur Krankheit so unbefriedigend. Gleichzeitig aber zeigen sie die Notwendigkeit zu einer solchen auf.

Das Bewußtsein einer echten Krankheit stellte sich bei unseren Patienten zumeist schon ein, lange bevor ein Arzt aufgesucht worden und der Tiefpunkt der Depression erreicht war. Es beginnt sich auszubilden, wenn sich der Betroffene darüber klargeworden ist, daß die Ursachen seiner Störungen nicht nur körperlicher Natur sind, sondern tiefer liegen und er sich selbst nicht mehr zu steuern vermag, wenn er verspürt, daß sein Einfluß auf die eigene Person abgebrochen ist und damit Hilfe nur noch von außen erwartet werden kann. Aus einem Gefühl des "Kränkels" ist eines des "Krankseins" geworden. Bei allen unseren Patienten können wir von einem echten Krankheitsbewußtsein sprechen.

Eine gezielte Auseinandersetzung und Konfliktsuche beginnt aber erst deutlich zu werden, wenn eine Diagnose gestellt worden ist. Was bislang noch Versuch war, Symptome wegzudeuten, als organisch zu bestimmen oder naheliegende Verbindungen zwischen körperlicher und seelischer Sphäre als Erklärung heranzuziehen, wird jetzt zur Auseinandersetzung mit einer Krankheit, die als solche erkannt und anerkannt ist, die definiert erscheint, auch wenn sie deswegen dem Patienten noch nicht vertraut ist.

Am Beispiel von Frau D. soll jetzt das Ringen um eine Einstellung zur Krankheit auf dem Höhepunkt der Phase gezeigt werden. Frau D. ist eine intellektuell überdurchschnittliche Frau, weswegen die Auseinandersetzung mit der Depression bei ihr einen relativ hohen Bewußtheitsgrad erreicht hat. Bei der Mehrzahl der Patienten spielen sich diese Fragen zu einem größeren Anteil unbewußter ab als bei ihr und werden vor allem nicht so spontan geäußert. Doch haben unsere Untersuchungen gezeigt, daß die Problematik der Einstellung zur Krankheit sich bei allen Patienten sehr ähnlich ist. In erster Linie der Grad bewußter Konfliktsuche und der Grad der intellektuellen Fähigkeit, diesen Konflikt auszutragen, sowie das Maß des auch sonst im Leben gezeigten Temperamentes machen die Unterschiede in der Einstellung zur Depression aus.

Von dem wesentlichen Teil meines dritten Besuches bei Frau D. in der Klinik ergab sich das folgende Protokoll. Die Patientin sprach sehr langsam und überlegt, schien dabei tief in ihren Problemen verhaftet zu sein und mich zeitweilig ganz zu vergessen. So wurde die lockere Assoziationskette ihrer Gedanken praktisch durch keine Zwischenbemerkungen von mir unterbrochen:

Frau D.: ".... Vor zwei Jahren habe ich das Haus dann erweitert. Mein Schwager steckte auch sein Geld rein und bat mich dann, mein Testament zu machen. Ich habe auch zugestimmt, aber ich war noch nicht beim Notar."

Unters.: "Warum denn nicht ?"

Frau D.: "Ach, ich hatte viel am Hals. Und dann war ich auch so müde im Arbeiten. Ich hatte keine Lust mehr von heute auf morgen. Ich kam mir richtig übergeschnappt vor. Alle beruhigen sie mich. "Du bist nicht übergeschnappt." Aber mein Gesichtsausdruck ist doch anders geworden. Ich sehe es doch.

Ich fühle meinen Körper wie gelähmt vor einer Aufgabe, obwohl ich eigentlich will. Das war mir selbst fremd, da habe ich nur so gestaunt. Ach, vielleicht rede ich mir da was ein."

Die Patientin macht eine Pause und scheint mit ihren Gedanken weit weg, tief versunken zu sein. Plötzlich dann spricht sie weiter, ohne rechtes Engagement, etwas monoton, obwohl gleichzeitig klar wird, daß ihre Probleme entscheidende Bedeutung für sie haben. Es scheinen aber nur bestimmte Fasern ihrer Person durch Interesse geweckt zu werden, der Rest bleibt apathisch.

Frau D.: "Manchmal glaube ich, ich habe meinen Verstand verloren. Und an manchen Tagen weiß ich, daß ich's nicht habe. Aber ich bilde mir ein, daß mir es die Leute doch an den Augen ansehen müssen, daß etwas nicht stimmt. Ich bilde mir ein, daß mein Blick starr oder gläsern ist. Das quält mich. Die Geduld für die Krankheit habe ich wohl nicht.

Ich blicke da einfach nicht ganz durch. Das Leben ist doch wohl schwerer als ich es mir vorgestellt habe. Die Aufgaben, die heute so an einen rantreten, der Streß...

Und wenn sie dann noch in ein Alter reinkommen, in das sie nicht möchten ! Und wenn dann noch körperliche Beschwerden auftreten !

Mal sag ich, ich meistere die Probleme. Wenn ich das mit dem Haus nicht gemacht hätte, hätte, hätte. Brauche meine ganze Kraft, die ich noch besitze, um mein Leben zu meistern; da kann einem kein Mensch bei helfen. Ganz alleine Entscheidungen zu treffen ist doch manchmal schwieriger, besonders als Frau. Die Emanzipation schraubt die Anforderungen hoch.

Das Schlimmste ist ja: ich glaube, daß etwas im Kopf nicht stimmt, daß ich nicht mehr recht schaffen kann. Ich habe keine Angst vor Menschen, nur, daß man meinen Augen ansieht, was los ist. Ich kann mich nicht genug konzentrieren. Wenn Sie glauben, ihr Pensum nicht hundertprozentig zu erfüllen, werden Sie etwas arbeitsscheu. Der Körper will schaffen, aber der Geist, der Verstand überhaupt kommt nicht mit. Irgendwas will da nicht. Mir ist als seien die Hände steif und der Körper sperrig, um sich dem Leben gegenüber richtig zu verhalten.

Und die Frage: wo ist ein Sinn des Lebens ? Mir wird auch gesagt, ich hätte mich in die Krankheit reingerannt. Die Andern sagen mir, ich hätte mich nicht verändert, auch die Augen nicht. Das stimmt nicht.

Ich möchte gerne leben, so wie bisher auch, so im goldenen Mittelweg, den ich immer gewählt habe.

Vielleicht habe ich selbst dazu beigetragen. Vielleicht war ich zu manchen Entscheidungen nicht fähig.

Wenn ich was tun will, brauche ich ewig Anlauf, was wie Zentnerlasten auf mir ruht. Wenn ich diese Last los bin, wenn ich das schaffe, was ich bisher geschafft habe, tät's mir reichen, wär's wieder gut. Entscheidungen waren eine Selbstverständlichkeit, das war kein Muß. Es war halt notwendig. Körperlich bin ich stark genug. Ich habe nie recht zum Grübeln geneigt, also hab mirs vielleicht zu leicht gemacht.

Nur im Geist stimmt was nicht, und ich glaube nicht, daß es sich gibt. Das ist mein ganzes Problem. Und dann mein Mißtrauen, ist ja furchtbar. Ich glaube den anderen nicht mehr recht."

In diesem "Monolog" werden von Frau D. praktisch alle die verschiedenen Punkte angesprochen, die ihr Verhältnis und das der anderen Patienten zu den Depressionen ausmachen. Vor allem aber wird deutlich, wie notwendig eine faßbare Einstellung zur Krankheit für den Patienten wird. Sie stellt für ihn fast ein vitales Problem dar, da er durch sie versucht, seine eigene Person wieder aufzubauen, aus seiner Flucht in innerste Resignation wieder zu einer eigentlichen Identität zurückzukehren. Und damit bedeutet das Bestreben, seine Krankheit in den Griff zu bekommen und damit sich selbst zu profilieren, einen ersten zaghaften Ausgang aus den Depressionen, zumindest aber einen Zug der Auflehnung gegen die totale Aufgabe eigener, persönlicher Strukturen. Denn während der Patient auf dem Weg in die Phase bis zu deren tiefstem Punkt einen totalen Rückzug von allen äußeren Reizen und den inneren seines strengen Gewissens vollzog und damit den Versuch unternahm, sich gerade nicht mehr in einer ihm unsicher gewordenen

Umwelt- und Personenstruktur zu etablieren, zeigt er durch seine Einstellungsversuche das Bedürfnis, sich doch wieder ein Anschauungsgebäude zu erstellen, durch das er sich in seinem Bewußtseinsfeld zurechtfinden kann. Diese Ambivalenz des Depressiven, die sich hier im Versuch der Aufgabe von Beziehungen und Strukturen und der Notwendigkeit, sie sich doch wieder zu erstellen, zeigt, spielt auch an anderen Stellen als Ambivalenz seines Wollens und Könnens eine Rolle. Dies scheinen die entscheidenden Punkte zu sein, an denen er die Grenzen seiner Person und seiner Möglichkeiten erfährt.

Die Notwendigkeit, das Feld der eigenen Krankheit zu strukturieren, um sich in ihm orientieren und etablieren zu können, ist somit gegeben durch die Notwendigkeit, die eigene Person wieder aufzubauen und zu einem Selbstwertgefühl zurückzufinden. Dies ist nur möglich, wenn man seine Krankheit auf irgendeine Weise von der eigenen Person trennen kann. Und dies wiederum versuchen die Patienten durch eine Erklärung des Auftretens der Phase, einen Einblick in ihren Mechanismus oder auch nur durch eine Beschreibung oder Definition. Alles dies sind Bestrebungen, sich der Krankheit gegenüber zu profilieren und diese von sich abzutrennen.

Diese Profilierungsversuche stehen auch hinter den Aussagen von Frau D. Sie spricht die wesentlichen Punkte an, die die Einstellung zur Krankheit ausmachen und die Schwierigkeiten, zu einer klaren solchen zu kommen, dokumentieren:

Es fällt auf, daß die Patientin immer von "die Krankheit" redet; sie hat also den Bewußtseinsschritt schon vollzogen, daß es sich bei ihren Depressionen um eine Krankheit handelt; jedenfalls erlebt sie sie als solche. Die Selbstverständlichkeit, mit der sie den Begriff benutzt, läßt annehmen, daß sie ihre Depressionen nicht zu verdrängen sucht, sondern den Konflikt mit ihnen anstrebt. Dies geht auch aus der Gesamtheit ihrer Überlegungen hervor.

Mit dem Begriff "Krankheit" umreißt die Patientin nur jenen Zustandsbereich, der dem der Gesundheit gegenübersteht und mit dem sich die Patientin auch jetzt identifiziert. Doch beschreibt sie damit ihr Befinden noch nicht im Detail; was sich genau hinter ihrer Krankheit verbirgt, kann sie nur durch Einzeldaten ihres Fühlens und Denkens angeben, nie aber übersichtlich abstecken. Die Vielzahl von Störungen, die sie auf verschiedene Weise als beeinträchtigend erfährt, haben für sie noch keinen definierten Zusammenhang.

Ein hervorstechendes Symptom ihres Zustandes ist für Frau D. die Fremdheit, mit der sie sich selbst sieht. Sie erlebt bewußt Veränderungen an sich, denen sie hilflos gegenübersteht, die sie nicht beeinflussen kann. Alle Unternehmungen fallen ihr schwer, sie kann nicht mehr recht arbeiten, obwohl ein Teil ihrer Person doch will - oder zu müssen glaubt. Es ist ein Patt zwischen zwei entgegengesetzten Bestrebungen eingetreten, deren Pole Frau D. mit Körper einerseits und Geist oder Verstand andererseits benennt, die jedoch auch beide wieder beeinträchtigt erscheinen: "der Körper sperrig", "der Verstand ... kommt nicht mit." Also auch hier zeigt sich die oben angedeutete Ambivalenz, die die Patientin selbst nicht exakt benennen kann.

Da sich Frau D. plötzlich anders als früher gegenübersteht - scheinbar ohne Anlaß -, stellt sich ihr nun die Frage, ob sie ihre Fähigkeit, sich zu orientieren, verloren hat, oder ob sich alle diese empfundenen Veränderungen wirklich an ihr vollziehen. Sie beginnt, an ihrem Verstand zu zweifeln, und ihre Unsicherheit wird so groß, daß sie sich nur noch an wenigen Tagen selbst davon überzeugen kann, nicht geisteskrank zu sein. Die Veränderungen, die in ihr vorgehen, erfährt sie als so fremd, daß sie fast schon glaubt, sie gingen nicht nur in ihrem Innern vor: auch eine andere Person müsse, ebenso wie sie selbst, ihr ansehen können, daß etwas nicht in Ordnung ist. Sie projiziert das Fremde aus sich heraus in ihr Äußeres hinein; sie versucht es zu objektivieren.

Die innere Unsicherheit, das Empfinden der eigenen Insuffizienz und der Drang zur Erklärung zeigt sich an vielen Stellen ihres "Monologs" im Grübeln über die Ursachen, die zu ihren Depressionen geführt haben. Sie nimmt dabei nicht nur Zuflucht zu äußeren Anlässen, also den äußeren Problemen, die über ihr zusammenschlagen, sondern sie sucht ursächliche Verfehlungen vor allem in der eigenen Person. Ihre Fehler, ihre Unfähigkeit mögen es gewesen sein, die zu den Depressionen führten; ("vielleicht war ich zu manchen Entscheidungen nicht fähig." u.a.). Sie nimmt die Hauptschuld auf sich, doch genau deuten kann sie diese nicht.

Aus dem hier Gesagten und Erfahrungen, die wir bei den anderen Patienten gemacht haben, lassen sich vier Punkte herauslösen, die die Einstellung zur Krankheit und die Schwierigkeiten, diese befriedigend zu gestalten, entscheidend prägen:

1. Die Definition und Beschreibung der Krankheit
2. Die Suche nach Ursachen
3. Insuffizienz - und Schuldgefühle
4. Das Problem der Geisteskrankheit

Auf diese Punkte soll jetzt noch einmal - soweit nicht schon behandelt - im Zusammenhang eingegangen werden.

(1) Die Definition und Beschreibung der Krankheit. Zu Beginn des Krankheitsprozesses, also solange der Patient noch die Hoffnung haben kann, daß seine Symptome nur Zeichen einer vorübergehenden Veränderung sind, geht der Betroffene einer Definition der Krankheit und einer Auslegung seiner Veränderungen als Krankheit angstvoll aus dem Wege. Solange er nur "irgend etwas" hat, mit dem er noch mehr oder weniger gut zurechtkommen kann, will er auch nicht unter der Rubrik "krank" eingestuft werden. Die Abwehrmechanismen sind noch intakt, und das Prinzip Hoffnung hat noch nicht alle Kraft verloren.

Doch wenn sich mit dem Fortgang des Prozesses das Bewußtsein einstellt, daß sich der Zustand nicht mehr von selbst bessern wird und Hilfe nur noch von außen kommen kann, wird eine Definition der Krankheit und die Stellung der Diagnose "Depression" zu einer Stütze. Denn der Patient empfindet diese Einstufung als krank viel weniger als "knock-out", als das bei manchen Epileptikern z.B. der Fall ist. Für ihn ist dies eher eine Orientierungshilfe.

Er weiß - mit allen Einschränkungen -, was er hat, er kann sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen, der Projektionsprozeß der Gegenüberstellung von eigener Person und Erkrankung kann - bewußt oder unbewußt - beginnen, der Patient braucht sich nicht mehr voll verantwortlich für seine Insuffizienz zu fühlen und kann die Hoffnung aufbauen, daß ihm geholfen wird.

Zudem dient die Erkrankung manchen Patienten bisweilen als Alibi für eigenes Nichtstun oder Schwäche: Bei bestimmten Anforderungen verweist Frau Bo. auf ihre Depressionen und verfällt in wehleidiges Klagen. Auch Frau Sch. flüchtet sich auf diese Weise in ihre Krankheit, ebenso wie sie in Phasen seelischer Gesundheit ihren Diabetes zuweilen als Alibi benutzt.

Interessant ist auch, daß bei Frau E. die Depressionen sofort dann nachlassen, wenn eine organische Krankheit hinzukommt. Offenbar ist das Maß der Depressionen auch durch die Aufmerksamkeit und das Interesse bestimmt, das die eigene Person und die Umgebung ihr schenken.

Die Schwierigkeiten zu verstehen, was sich wirklich hinter der Definition Depression verbirgt, zeigen sich an den Begriffen und Wendungen, mit denen die Patienten ihre Krankheit zu beschreiben und zu definieren suchen. Nur wenige sprechen von der "Depression" oder "meinen Depressionen". In dieser exakten und klaren Formulierung äußert sich sicher am vorbe-haltlosesten die Identifikation mit der Krankheit. Eher aber wird von "der Krankheit" gesprochen, diese also nicht scharf umrissen, jedoch dem Bereich der Gesundheit expliziert gegenübergestellt, oder eine solche vage Formulierung gebraucht wie "ei, halt die Nerven", wenn man nach der Art der Erkrankung fragt.

Manche Patienten bezeichnen ihre Depressionen einfach als "es" oder "das", worin sich die Krankheit entweder als eine sehr geläufige und bewußte Sache ausdrückt, die nicht extra genauer benannt wird, oder worin gerade alle Unsicherheit, Angst und Ehrfurcht liegt, mit der man etwas sehr Großem, Wichtigem und Unfaßbarem gegenübersteht.

Vielfach wird die Krankheit durch ein hervorstechendes seelisches Symptom umschrieben. Frau P. spricht von ihren "dunklen Gedanken", die für sie zum Ausdruck ihrer Depressionen werden. Herr Sch. von "meinen Problemen", die ihn überfluten. Frau Em.: "Ich bin immer so schwermütig, ich nehme immer alles so schwer." An anderer Stelle spricht sie von ihrer "Schwermütigkeit". Dieser Begriff ist persönlicher als der der "Depression", beschreibt eher und wärmer den seelischen Zustand des Betroffenen und stellt weniger eine exakt wissenschaftliche und klinische Diagnose dar. Zudem ist "Schwermütigkeit" nicht unbedingt in jedem Fall mit Krankheit verbunden, sondern beschreibt auch einen momentanen Seelenzustand eines ansonsten gesunden Menschen, so daß sich der Patient mit dieser Formulierung unbewußt einen Weg ins Gesunde offenläßt.

Auch Begriffe wie "Tiefstand", "seelische Niederstände" oder einfach "Angst" werden genannt oder empfundene Veränderungen beschrieben: "Begleiterscheinung der gewissen Jahre", "Ich bin nicht mehr so wie früher.... es geht etwas in mir vor." Exakter sagt ein Patient: "Depression ist, kein Interesse mehr an schönen Dingen haben."

An vielen der genannten Begriffe und Beschreibungen und an der Vielzahl ebendieser - die Krankheit läßt sich für viele Patienten nicht auf einen einzigen Begriff zurückführen oder aber nur unbefriedigend definieren - wird deutlich, wie unsicher der Betroffene seinen Depressionen gegenübersteht, wie unfertig seine Haltung ihnen gegenüber ist. Fast allen Patienten ist das Gefühl gemeinsam, daß ein Außenstehender die Krankheit nie richtig verstehen kann, daß der Depressive in seiner Krankheit weitgehend isoliert bleiben muß. Frau Bo.: "Ihr wißt ja gar nicht, wie das ist", oder eine andere Patientin: "Niemand, der nicht eine Depression einmal durchgemacht hat, kann verstehen, wie furchtbar das ist."

(2) Die Suche nach Ursachen. Dieser Punkt wurde an anderer Stelle ausführlich behandelt. Die Vergeblichkeit, mit der der Patient nach möglichen Auslösern und Ursachen sucht, erklärt zum großen Teil seine Unsicherheit der Erkrankung gegenüber und damit auch die Schwierigkeiten, die bei der Definition der Depression entstehen. Gleichzeitig wird der dringliche Wunsch, mit der Krankheit ins Reine zu kommen, durch die intensive Suche nach Ursachen angezeigt, denn erst wenn dem Patienten das krankmachende Prinzip klargeworden ist, kann er ihm begegnen und verliert es seinen Schrecken. So machen der Zwang zur Erklärung der Krankheit und das unbefriedigende Ergebnis dieses Bemühens einen entscheidenden Teil der Einstellung des Patienten zu seinen Depressionen aus.

(3) Insuffizienz- und Schuldgefühle. Auch auf diesen Punkt wurde schon eingegangen. Jeder unserer depressiven Patienten litt stark unter Insuffizienz- und Schuldgefühlen, die für ihn weniger Symptom und Ausdruck der Krankheit selbst als selbstverschuldete Unzulänglichkeiten waren. Die Depressiven kommen sich wertlos, nichtig und häßlich vor und machen hierfür mehr sich selbst als die Krankheit verantwortlich. Auch wenn manche ihre Depressionen als Alibi für ihre Untätigkeit und ihren Rückzug benutzen, so kann sie diese Kausalkette doch nicht selbst befriedigen oder beruhigen. Sie ist höchstens ein Argument gegenüber der Umgebung, nur selten eines gegenüber der eigenen Person, die sich nie ganz von ihren Schuldkomplexen zu lösen vermag.

Ihm selbst bewußte Ursache seiner Schuldgefühle ist, daß er seinen Pflichten gegenüber der Familie nicht mehr nachkommen kann; er schämt sich vor den Nachbarn, an deren Leistungskraft er immer die eigene bemessen hat und fühlt sich selbst verantwortlich für dieses Versagen. Ihm wird bewußt, daß er seinen Ansprüchen an sich selbst nicht mehr gerecht werden kann, und dies stürzt ihn in tiefe Selbstzweifel. Denn für ihn ist das Anspruchsniveau an die eigene Person nicht variabel, es entzieht sich jeder bewußten Beeinflussung. So ist seine Flucht in die Passivität nicht nur eine solche vor der Überflutung mit Reizen, die ihn zu höchster Aktivität zwingen, sondern ebenso vor dem bohrenden Gewissen der eigenen Person, das ihn bei jeder Nachlässigkeit drohend an seine Pflichten erinnert.

So glaubt Frau Ku., die ganze Familie leide unter ihr, und will alles mit Geld begleichen, und eine andere Patientin unternimmt einen Selbstmordversuch, weil sie ihrem Mann keine solch kranke und nichtsnutzige Frau zumuten will. Die im Depressiven vorhandene Spannung entläßt sich vor allem an der eigenen Person, denn es ist sonst kein zureichendes Schuldobjekt zu finden, und der Kranke hat nie richtig gelernt, seine Aggressionen zielgerichtet an äußeren Objekten zu entladen.

(4) Zum Problem der Geisteskrankheit. Durch die Tatsache und das Empfinden der Patienten, daß die Depression keine rein körperliche, sondern vor allem eine seelische Erkrankung ist, sowie durch die Behandlung in der psychiatrischen Klinik und die Begegnung mit "Geisteskranken" dort wird die Depression in den Augen der Betroffenen in der Nähe der Geisteskrankheiten, des Irreseins gesucht. Die Patienten empfinden ihre Krankheit quasi als eine Zwischenstufe zwischen organischem, geistigem und seelischem Bereich, denn alle diese erscheinen ihnen betroffen: die Depression umfaßt die Gesamtperson. Repräsentative Instanz dieses Zwischenbereichs und verbindendes Element sind für viele Patienten "die Nerven", die "angegriffen" sind.

Die Tatsache, daß schon der Wille mitinfiziert und damit ein sehr zentraler Steuermechanismus der Person betroffen ist, und das Empfinden der Dissoziation von Wille und Tun, von geistigem Interesse und körperlicher Lethargie führt bei manchen Patienten so weit, daß sie am eigenen Verstand zu zweifeln beginnen. Frau D. sagt: "Mir ist als seien die Hände steif und der Körper sperrig, um sich dem Leben gegenüber richtig zu verhalten", oder umgekehrt: "Der Körper will schaffen, aber der Verstand, der Geist kommt nicht mit. Irgendetwas will da nicht." Betroffene Instanzen zu umreißen und zu benennen und sie von intakten zu unterscheiden, fällt den Patienten schwer; die Instanzen erscheinen im Hinblick auf das Maß ihres Befallenseins austauschbar.

So ist Frau D. bei aller relativen Nüchternheit ihrer sonstigen Gedanken eine zeitlang davon überzeugt "übergeschnappt" zu sein und dieses ihrem Äußeren - besonders ihrem Gesichtsausdruck - auch ansehen zu können. Dies wurde oben schon ausführlich geschildert. Und Frau B. meint in Bezug auf ihre "Putzwut": "Manchmal meine ich, ich wäre schon verrückt, wenn ich doch so verrückte Dinge mache. Aber ich weiß ja doch, daß ich so verrückte Dinge mache."

Hier zeigt sich, daß der Intellekt unbeeinflusst geblieben ist. Der Patient weiß letztlich, daß er seinen Verstand nicht verloren hat, und dies drückt sich auch im Motto von Frau Em. aus: "Irre bin ich ja, aber ich habe wenigstens meinen Verstand nicht verloren." Doch er vermag diesem seinem Wissen in seiner allgemeinen Unsicherheit und bei seinem geschwächten Willen nicht zu glauben. Er steht seinen eigenen Erkenntnissen skeptisch gegenüber, der Intellekt vermag sich nicht durchzusetzen; die Unsicherheit ist total.

Spätestens der Patient nur soweit bereit, seine Krankheit zu akzeptieren, als diese keine Geisteskrankheit ist. Es ist für ihn, für sein Selbstwertgefühl, ja schon für sein Identitätsgefühl entscheidend wichtig, jene Instanz nicht verloren zu haben, die ihn erst zum Menschen macht, seinen Verstand oder Geist.

Die Einstellung der einzelnen depressiven Patienten zu ihrer Krankheit ähnelt sich - wie hier beschrieben - in hohem Maße. Die Unterschiede ergeben sich in erster Linie aus dem Temperament der Betroffenen und äußern sich in der Selbstverständlichkeit und dem Mut, mit dem die eigene Erkrankung angenommen wird, in den Definitionen, die genannt werden, und dem Willen zur bewußten Erklärung. Auch haben soziale und intellektuelle Voraussetzungen Einfluß darauf, ob es überhaupt zu einem bewußten Konflikt mit der Krankheit kommt.

Gemeinsam aber sind allen Patienten die Einstellungsschwierigkeiten zu ihren Depressionen, die sie weder für sich noch für ihre Umgebung befriedigend beschreiben und erklären können, tiefe Schuld- und Insuffizienzgefühle und eine intensive Angst vor einer Geisteskrankheit, die ihnen ihre Denk- und Orientierungsfähigkeit und ihr spezifisches Menschsein zu zerstören droht.

Alle diese genannten Einstellungsschwierigkeiten, die die Unsicherheit und Angst des Patienten neu speisen, machen einen entscheidenden Teil der Krankheit und ihres Schreckens aus und geben ihr neue Nahrung.

D. Die Einstellung des Patienten zu Medikamenten

Die meisten Patienten nehmen zu Zeiten ihrer Gesundheit nur wenige Medikamente ein und lehnen solche sogar ab. Sie nehmen nur dann etwas ein, wenn der Arzt es ausdrücklich verschrieben hat. Fast könnte man sagen, sie gönnen sich keine Medikamente aus dem Motto heraus: "das schaffe ich schon so", wie eine Patientin sagte. Dies erinnert an die Ablehnung einer jeglichen von Freunden oder Nachbarn angebotenen Hilfe im gewohnten Arbeitsbereich des Patienten: es macht diesen fast stolz, einer Anforderung alleine und aus eigener Kraft erfolgreich begegnet zu sein.

Auffallend ist die Einstellung der beiden labilsten und anlehnungsbedürftigsten Patienten zu ihren Medikamenten. Frau P. stellt sozusagen eine Steigerung der oben beschriebenen Wesensart dar: sie ist pedantisch darauf bedacht, ihre Familie und sich optimal gesund zu ernähren. Daher kauft sie fast alle Nahrungsmittel im Reformhaus und überprüft jede eßbare Kleinigkeit auf ihren Nahrungsgehalt und etwaige schädliche Wirkungen. Somit verbieten sich Medikamente von selbst. Frau Bo. dagegen greift immer wieder, schon bei den geringsten spannungserzeugenden Anlässen zu Tabletten. Dies entspricht ihrem schwachen Willen, ihrer Unselbständigkeit und ihrer sonstigen Erwartung, daß Hilfe immer nur von außen kommen kann. Sie war denn auch zur Zeit ihrer Einlieferung schon einige Jahre von Schlafmitteln abhängig.

Die pflichtbewußte und geradlinige Haltung ihren Medikamenten gegenüber, die die übrigen Patienten zu Zeiten der Gesundheit pflegen, setzt sich weitgehend während der depressiven Phasen fort. Die meisten Patienten nehmen jetzt, da es sinnvoll erscheint und vom Fachmann angeordnet wurde, die verschriebenen Tabletten regelmäßig und ohne Widerspruch und halten sich exakt an den vorgegebenen Rhythmus der Einnahme. Auch hierbei wird öfters die Penibilität zumal der ängstlichsten Patienten deutlich, die glauben, den Heilungsprozeß entscheidend gestört zu haben, wenn sie ihre Tabletten nur um Minuten zu spät genommen haben.

Frau Bo. dagegen probiert ihre verschiedenen Medikamente in allen möglichen Zusammenstellungen aus, als sich nicht sofort eine merkliche Besserung ihres Befindens einstellt. Bei der sonst so vorsichtigen Frau P. ist mit Aufkommen der Depression und dem damit verbundenen Infragestellen ihres Anschauungsgebäudes ein Umsturz ihrer Haltung ins Gegenteil zu beobachten: sie greift jetzt zu großen Dosen Schlafmittel, auch zu Alkohol, um vergessen zu können. Den Dingen, die sie streng zu meiden gewohnt war, liefert sie sich nun völlig aus. Dies erinnert ein wenig an eine Person, die sich lange gar zu streng und aus nur scheinbar eigener Überzeugung an ein Verbot gehalten hat, das erst durch einen äußeren Umstand außer Kraft gesetzt werden muß. Und dem zuvor Verbotenen gibt sich die Person nun bedingungslos hin. Auch einige andere Patienten machen in der Zeit des Krankwerdens eine kurze Phase durch, in der mit der aufkommenden Unsicherheit auch die Schranken des eigenen Ordnungsgebäudes fallen: obwohl sie sonst kaum Medikamente angerührt haben, dienen diese jetzt der Erleichterung, dem Vergessen, ihrer Flucht.

Die meisten Patienten akzeptieren ihre Medikamente ohne Einwand, da sie für sie einen notwendigen Bestandteil des Heilungsprozesses darstellen. Frau M.: "Ich habe sie genommen, wie man es mir gesagt hat, weil ich ja weiß, sie helfen mir wieder auf." Nebenwirkungen wie Müdigkeit oder Mundtrockenheit werden zwar bisweilen beklagt, doch ein Absetzen wird nur selten verlangt oder erbeten. Die Hoffnung auf Hilfe überwiegt das Unangenehme der Nebenwirkungen. Dabei wird die Menge der Medikamente, die noch gegeben wird, als Parameter für den Fortgang der Heilung angesehen und jede Herabsetzung der Dosis mit einer gewissen Genugtuung registriert.

Umgekehrt zeigen viele Patienten Angst vor dem gänzlichen Absetzen der Medikamente, weil damit eine Hilfestellung wegfällt und die Person wieder alleingelassen wird mit der Gefahr, daß die Depressionen wiederkommen. Auch kann gerade die regelmäßige Tabletteneinnahme als Symbol einer heilen Welt verstanden werden.

Eine Abhängigkeit der Patienten von den Medikamenten - über die Abhängigkeit des Heilungsprozesses hinaus - zeigt sich nur im beschränktem Maße. So warten viele Patienten in der Klinik zwar mit einiger Spannung und Ungeduld auf die Schwester, die die Medikamente austeilte, doch dies sicherlich nicht nur wegen der erwarteten Wirkung der Tabletten, sondern auch aus der Angst heraus, man könne vergessen werden oder den rechten Zeitpunkt der Einnahme verpassen.

Immerhin konnten wir doch bei einigen wenigen Patienten eine gewisse Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schlaftabletten erkennen, was auch in den Worten von Frau Hm. anklingt, gleichzeitig aber auch auf den Rhythmus in der Klinik zurückzuführen sein kann: "Ohne Schlaftabletten kann ich nicht schlafen, und dann bin ich nur ein halber Mensch."

Das Verhältnis der Patienten zu ihren Medikamenten gestaltet sich also weitgehend problemlos. Die verschiedenen Pharmaka werden von fast allen Patienten pflichtbewußt eingenommen und als wesentlicher Bestandteil des Heilungsprozesses anerkannt. Störende Begleiterscheinungen und die Gedanken an mögliche schädliche Nebenwirkungen spielen eine untergeordnete Rolle. Nur Frau Bo. gibt ihren vielen verschiedenen Tabletten eine gewisse Mitschuld an ihrem depressiven Zustand.

6. Die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik

Es ist schon beschrieben worden, wie die Patienten ihrer Entlassung gegenüberstehen. Zumeist freuen sie sich darauf, wieder in ihre Familie und die gewohnte Umgebung zurückkehren zu können, vor allem, wenn zu Hause fest umrissene Aufgaben warten wie auf Frau S., die drei kleine Kinder zu versorgen hat und die sich der unvoreingenommenen Liebe dieser sicher sein kann. Einige Patienten dringen auf ihre Entlassung, weil sie sich abgeschoben fühlen und möglichst schnell wieder alle Fäden in die Hand nehmen möchten.

Gemeinsam aber ist den Patienten die Angst -noch- nicht zu schaffen, die gewohnten Aufgaben nicht erledigen zu können und erneut in Depressionen zu verfallen:

Frau D.: "Ja, natürlich möchte ich nach Hause. Wenn das nur gut geht!
So alleine wieder alles machen zu müssen..."

Frau Bo.: "Und übermorgen soll ich dann heimkommen."

Unters.: "Freuen Sie sich darauf?"

Frau Bo.: "Am liebsten würde ich hierbleiben. Ich hab' Angst, das schaff' ich nicht. Dann häng' ich nach ein paar Tagen wieder so da."

Die Intensität der Angstgefühle ist abhängig von den Aufgaben, die zu Hause anstehen, von den Familienverhältnissen, die der Patient erwartet vorzufinden, sowie von seinem Temperament. Vor allem die ängstlichen und anlehnungsbedürftigen Patienten haben sich stark an den vorgegebenen Rhythmus der Klinik und den Umgang mit vielen Menschen gewöhnt und glauben, nur schwer hierauf verzichten und wieder ganz auf sich selbst gestellt entscheiden und wirken zu können.

In den meisten Fällen wird den Patienten der Übergang durch einen oder mehrere Wochenendurlaube nach Hause erleichtert.

Frau D.: "...Ich war über's Wochenende zu Hause. Es ging ganz gut. Ich habe mich gefreut, als ich ankam: die Wohnung ist doch viel schöner als dies Elendskrankenhaus.... Ich muß jetzt mitarbeiten, dazu muß man eigene Kraft haben, die fehlt mir noch. Vor momentan Neuem habe ich jetzt Angst, daß ich's nicht schaffe."

Die Möglichkeit, sich schrittweise an die jetzt neue Umgebung zu gewöhnen, wird auch von den anderen Patienten positiv beurteilt und begrüßt. Im Inneren verspürt der Depressive wieder verstärkt Anklänge, gleichzeitig nähert er sich seinen Aufgaben, ohne sie schon voll verantwortlich übernehmen zu müssen; Rückzug ist noch möglich.

A. Der erste Tag zu Hause

Der Tag der Entlassung und damit der erste Tag zu Hause, auf den die Patienten so sehr gewartet oder vor dem sie sich gefürchtet hatten, wird zumeist in seinem Ablauf für die Betroffenen zu einem Tag wie jeder andere folgende auch. Wohl fühlen sich die Patienten anfangs ein wenig "wie auf Besuch", und es ist ihnen alles noch fremd. Doch schon sehr bald sucht sich der Heimkehrer eine Arbeit und packt diese mehr oder weniger resolut an. Frau S. erzählt später stolz: "Och, ich hab' gleich am ersten Tag alle Vorhänge gewaschen."

Die Patientin stürzt sich auf die Aufgaben, die warten, oder sie sucht sich welche, um möglichst schnell an den altgewohnten Rhythmus vor der Krankheit anzuknüpfen und gar nicht erst ins Grübeln zu verfallen. Sie betreibt die Hausarbeit als Therapie.

Auch von Frau Ku. erzählt ihr Sohn, der die völlig verängstigte Mutter nach der Entlassung erst für drei Wochen zu sich in seine Wohnung geholt hatte: "Als sie heimkam, hat sie gleich Essen gekocht und alles aufgeräumt, so als sei nichts gewesen." Mit der gleichen betriebsamen Hektik, mit der die Depressionen begonnen hatten, klingen sie nun aus. Doch ist der Patient dabei jetzt bester Laune: er kann aus seiner Arbeit wieder Befriedigung ziehen.

So erweisen sich die Befürchtungen, die die Patienten vor ihrer Entlassung hegten, zumeist als übertrieben. Wenn auch nicht immer in der geschilderten abrupten Form, so finden sich die Entlassenen doch bereits am ersten Tag zu Hause erstaunlich gut zurecht. Am typischsten ist vielleicht folgende Formulierung von Frau M.: "Zwar geht alles noch ein bisschen langsam, aber ich bin stolz, daß ich meine Hausarbeit wieder selbst erledigen kann." So ist es nicht sehr verwunderlich, daß dieser erste Tag zu Hause schon bald von den Patienten nicht mehr besonders betont wird.

Frau Bo. und Frau K. dagegen fällt der Übergang schwer. Gerade für diese ängstlichen und willensschwachen Patienten bedeutete der Rhythmus in der Klinik eine ideale Entlastung von eigener Verantwortung und Entscheidungspflicht. Bei ihnen stellen sich die depressiven Beschwerden in aller Intensität wieder ein und lassen erst ganz langsam nach, bei Frau Bo. erst nach einem weiteren Krankenhausaufenthalt, allerdings in einer anderen Klinik.

B. Das Verhalten der Patienten und ihrer Angehörigen nach der Entlassung

Das Ziel fast aller Patienten ist es, nach ihrer Rückkehr nach Hause wieder so leben zu können wie vorher. Frau D. sagt gegen Ende ihres Klinikaufenthaltes: "Ach, wenn ich nur einfach wieder so sein könnte und das schaffen könnte wie vorher !" Jedoch ist das Verhalten der Patienten diesem Ziel entgegen und ihre Zuversicht unterschiedlich. Während zum Beispiel Frau Bo. immer wieder in neue Klagen verfällt, nicht daran glaubt, daß sich ihr Zustand jemals bessern könne, und damit ihre Depressionen sicherlich unbewußt weiter unterhält, stürzt sich die Mehrzahl der Patienten - mehr oder weniger übergangslos - auf die Arbeit zu Hause.

Damit zeigt sich schon äußerlich, wie sehr die Patienten darauf bedacht sind, dem gewohnten Anforderungsschema wieder zu entsprechen. Hierdurch weisen sie sich selbst und ihrer Umgebung ihre zurückgewonnene Gesundheit nach: die Arbeit wird zum Zeichen der Normalität. Möglichst schnell will der Patient seinen Krankheitskonflikt vergessen und sein inneres Gleichgewicht wieder finden. So verdrängt er die Probleme seiner Depressionen, die offen geblieben sind, weitgehend und erstickt sie in seiner Arbeit, in seinem Alltag. Die Chance zu vergessen und zu verdrängen, die dieser Alltag bietet, wird eifrig genutzt, zumal meistens die Erfahrung gereift ist, einer Erklärung der Depression nicht gewachsen zu sein.

Die Erkrankung wird so bald zu einer - sicherlich wichtigen - Episode, an die nur noch einzelne Dinge erinnern: die Medikamente, die weiterhin genommen werden, eine eventuelle ambulante Kontrolle durch die Klinik, gelegentliche Weinkrämpfe bei nichtigen Anlässen, das anfängliche Bedürfnis, möglichst viel "unter Leuten" und nicht allein zu sein, und eine Angst, auf die später noch speziell eingegangen werden soll.

Auch die Angehörigen machen den Verdrängungsprozeß mit. Es wird in der Familie nur mehr wenig über den ganzen Problemkomplex gesprochen, er bleibt unangetastet und erinnert an die stillschweigende Übereinkunft eines Tabus. Alle sind froh, wenn das Kapitel "Krankheit" der Vergangenheit angehört und der Patient ebendieser Umgebung scheinbar wieder gänzlich entwachsen ist.

Entscheidend wichtig für die Rückgewinnung innerer Sicherheit ist das Gefühl, gebraucht zu werden, sinnvolle Arbeit zu tun. So kämpfen die Patienten durch ihr Schaffen quasi um die Anerkennung eigener Vorzüge, und ihr Bedürfnis zur Fürsorge, ihr Wille zu helfen sind groß. Sie versuchen, sich unentbehrlich zu machen. Letztlich stellt sich dieser Kampf um Anerkennung in den eigenen Augen und in denen der Umgebung als eine Fortsetzung des Stabilisierungskampfes vor der Depression dar.

Die Angehörigen unterstützen diese Bestrebungen. Sie freuen sich, wenn der Patient anscheinend wieder "normal" ist und altgewohntes Interesse zeigt. "Was ein Glück, jetzt lacht sie wieder." Wo es noch nötig ist, versuchen die Angehörigen zu aktivieren, sie zeigen Nachsicht, wenn der Patient noch einmal kurzzeitig dekompenziert und in Weinkrämpfe verfällt, und sie sind überhaupt nicht nachtragend. Auch sie versuchen, die Situation, die vormalig bestand, wiederherzustellen. Hierbei spielt ein schlechtes Gewissen von Seiten der Angehörigen eine Rolle, die sich nicht darüber im klaren sind, ob nicht auch ihr Fehlverhalten zu dem Zustandekommen der Depressionen beigetragen hat. So sind sie froh, wenn die Zeit nach der Heimkehr des Patienten keine Schuld ihrerseits zu Tage bringt und alles bald wieder seinen gewohnten Gang geht.

Doch nicht in allen Fällen verläuft die Ruckeingliederung so aggressionslos wie bislang geschildert. Hier sind vor allem die beiden Patientinnen zu nennen, denen ihr Mangel an Willensstärke und Profil bewußt geworden ist. Sie wollen Struktur und Machtverhältnisse in der Familie zu ihren Gunsten verschieben und nutzen die Tatsache, daß sie nach ihrer Rückkehr ohnehin zum Mittelpunkt von Interesse und Fürsorge geworden sind, weidlich aus. Formulierungen wie: "Ihr ruiniert mir noch vollends die Nerven" oder: "Ihr bringt mich noch in die Klinik" dienen dazu, den eigenen Willen durchzusetzen. Triumphierend stellt die eine von ihren Verwandten fest: "Jetzt sind sie sooo klein, das ist gut so." Sie genießen die Aufmerksamkeit, die ihnen die doch etwas schuldbewußten Angehörigen schenken und meinen, daß ihnen diese auch zusteht.

Diese Patienten lassen sich nun nichts mehr bieten und nehmen alle Fäden selbst in die Hand. Wie schon erwähnt, muß sich erst noch herausstellen, inwieweit diese Verhaltensänderung Folge bewußtgewordener eigener Fehler ist und inwieweit sie manische Symptomatik darstellt. Freilich könnte auch eine Manie als Folge des Bewußtwerdens eigener unnötiger Schwäche

und Profillosigkeit verstanden und ihr Abklingen und Abrutschen in den "Normalzustand" anschließend als Unfähigkeit interpretiert werden, der gewonnenen Überzeugung über längere Zeit Ausdruck zu verleihen, weil die früher erworbenen Grenzen der depressiven Persönlichkeit wieder unübersteigbar werden.

Am ehesten für eine Manie spricht das Verhalten von Frau Em., die sich sogar mit ihrem eignen Ehemann anlegt, als ob sie schon lange auf eine günstige Gelegenheit gewartet hätte. "Alter Freund", fährt sie ihn an, "wenn du dich nicht um 180 Grad drehst, lasse ich mich scheiden." Das meint sie immerhin so ernst, daß sie nicht nur die Vermögensverteilung schon geregelt, sondern ihm sogar eine zweite Frau ausgesucht hat.

Die andere Patientin führt mit Emphase einen Prozeß gegen eine Versicherungsanstalt. Mit Nachdruck pocht sie bei der Behörde auf ihre Rechte. Wir hatten dabei den Eindruck, daß ihr aggressives Auftreten nicht nur den Überfluß innerer Spannungen und gewonnenes Selbstvertrauen darlegt, sondern für sie auch eine Kommunikationschance bedeutet. Denn sie sucht - auch hinter der Institution der Behörde - immer wieder nach dem mitfühlenden Menschen, möchte auch dort verstanden und anerkannt werden. Hinter ihren Aggressionen zeigt sich also noch eine zweite Ebene, die ihr Bedürfnis nach menschlicher Wärme, nach einem Halt und damit ihre innere Unsicherheit offenbart.

C. Die Angst vor einer neuen Phase

Nach Abklingen seiner depressiven Phase muß der Patient mit einer tiefen inneren Angst weiterleben, die erst allmählich zurückgeht, ihn jedoch nie ganz verläßt. Sie ist freilich bei verschiedenen Personen verschieden stark ausgeprägt. Es ist dies die Angst vor einer erneuten Phase, die sich der - vielfach vorhandenen - allgemeinen, wesensmäßigen Unsicherheit der Patienten, der er sich bewußt sein mag oder nicht, hinzugesellt.

Der Patient vermag diese Angst ebensowenig in den Griff zu bekommen wie seine Depressionen selbst. Zu sehr ist er überfallen worden, zu wenig weiß er von der Verursachung und dem Mechanismus der Krankheit, als daß er sich jetzt und für immer geschützt fühlen könnte. Er ist nicht in der Lage, bewußt mit seinen Depressionen abzuschließen, seine eigene Krankheit bleibt ihm fremd. Hinzu kommt die Erfahrung etwaiger eigener früherer Phasen und die Begegnung mit "alten Bekannten" in der Klinik. Oder gerade entlassene Mitpatienten werden nach kurzer Zeit erneut in die Klinik eingewiesen. Alles dies sind deprimierende Erfahrungen. Und die Unmöglichkeit einer - dauerhaft - befriedigenden Einstellung diesen gegenüber fördert das Bedürfnis zu verdrängen und zu vergessen.

So zeigt sich diese Angst bei Frau S. in den ersten Monaten zu Hause schon bei der kleinsten Unpäßlichkeit; sie überfällt die Patientin ebenso unerwartet und unkontrolliert wie seinerzeit die Depressionen selbst. Und sie ist der damals verspürten Angst sehr ähnlich und erinnert an den Zustand die ganze Person umfassender Haltlosigkeit und Leere.

Obwohl sich die Patientin seit ihrer Entlassung ansonsten ausgesprochen wohl fühlt, überkommt sie bei solchen Anlässen sofort die Furcht, ein wenig Kopfweh morgens, eine Magenverstimmung oder ähnliches könnte mit ihren Depressionen zusammenhängen und die Einleitung zu einer neuen Phase sein. Sofort nimmt sie Kontakt mit der Klinik auf und ist erst beruhigt, wenn sich in einer Untersuchung gezeigt hat, daß ihre Befürchtungen unzutreffend waren.

Frau Kp. beschreibt ihre Angst folgendermaßen: "...Angst, die überkommt mich einfach so, weil ich ja die Krankheit schon zwei mal durchgemacht habe." Und Frau Hm. sagt: "Ich habe Angst vor der Angst. Ich werde dann immer ganz unruhig, weil ich genau weiß, daß mich das Angstgefühl bald wieder befällt." Das Unfaßbare der Krankheit, das fast schon als dämonisch erfahren wird, spiegelt sich hier wieder. Der Patient ist einer inneren Entwicklung ausgeliefert, der er völlig hilflos gegenübersteht.

Dabei geben gerade die beiden zitierten Patienten an, ansonsten wenig ängstliche Menschen zu sein, was auch von ihren Angehörigen betont wird. Auf die Frage, ob sie auch Angst hätten, wenn sie zum Beispiel alleine auf einer dunklen Straße oder in einem dunklen Keller wären, antworten sie, daß man das nicht vergleichen könne, denn in solchen Situationen wisse man, wovor man Angst habe.

Die in den Zitaten angesprochene Angst ist anders: sie geht nicht von einer greifbaren Situation aus, sie ist nicht ableitbar, sie kommt nicht von außen, sondern aus dem Menschen selbst. Er kann ihr gegenüber nur schwer eine Abwehr aufbauen, und er kann vor ihr nicht fliehen. Alleine in einem dunklen Keller - das raubt noch nicht jede Handlungsfähigkeit und läßt eben einen Fluchtweg offen. Doch über ihren zeitweiligen Gemütszustand sagt Frau Kp.: "Man ist wie gelähmt aus Angst vor der Angst."

So versuchen die Patienten, nach ihrer Entlassung aus der Klinik, möglichst schnell mit der Zeit ihrer Depressionen wenigstens äußerlich abzuschließen. Die offengebliebenen Probleme werden so gut wie möglich verdrängt, und die Angehörigen unterstützen diesen Vorgang. Doch ganz vergessen läßt sich das Erfahrene nicht, zumal der Betroffene in dem Bewußtsein weiterleben muß, daß er erneut von einer Phase überrascht werden kann.

Nur in wenigen Fällen wird die Krankheit zum Anlaß genommen, das eigene Anschauungsgebäude und Verhalten zu überprüfen. Der Patient nutzt dann seine Erfahrungen als Chance zu größerer Mündigkeit, doch kann nur eine weitere Beobachtung des Verlaufes zeigen, ob sich wirklich ein Wandel vollzogen hat oder ob der Patient nach einer manischen Episode wieder in die altgewohnte Haltung zurückfällt.

C. Synthese - Das Feld der Depression

Es soll im Folgenden eine Synthese der vorab geschilderten Untersuchungsergebnisse unternommen werden. Hierbei werden das Feld beschrieben, in dem die Depression entsteht und auftritt, und die Veränderungen, die sie an diesem Feld und am Patienten selbst bewirkt, sowie die Einstellung des Depressiven und seiner Umwelt zu dieser Veränderung dargestellt. Diese verschiedenen Aspekte hängen voneinander ab und lassen sich als ein komplexes Geschehen verstehen.

1. Das Feld, aus dem heraus Depression entsteht und in dem sie auftritt, ist zweigeteilt: Der erste Bereich ist das Innere des Patienten selbst, liegt in seinem Wesen begründet: die eine Depression bahnnenden Momente dokumentieren sich in seiner Kindheit und Erziehung und in seinem hiervon und von der jetzigen Umwelt abhängigen Wesen und Verhalten als Erwachsenen.

Hiermit ist der zweite Bereich genannt: es ist dies seine engere Umgebung, die ihn in einer Weise prägt, die als Fortsetzung seiner Kindheit verstanden werden kann, und die sich der Patient umgekehrt nach seinen vorgegebenen Anschauungen erstellt.

Die Kindheit vieler Patienten verläuft in einer typischen Form: die Kinder, v.a. Mädchen, sind sehr abhängig von einem dominierenden Elternteil, zumeist der Mutter, die sich die Kinder in Liebe oder Strenge gefügig macht und ihnen eine strenge Moral und klar umrissene Rolle vermittelt. Es ist nur wenig Raum für eine individuelle Entwicklung gegeben. Aufbegehren ist kaum möglich; die Kinder lernen, ihre Pflicht zu tun, ihre Rolle optimal auszufüllen, was zur Anerkennung durch Mutter und Umwelt führt, und sich somit fixiert auf die Ansprüche, die die Außenwelt an sie stellt, sowie abhängig von der Anerkennung und Liebe, die die Umgebung spendet. Über ihren gewohnten Bereich hinaus zeigen sie kaum Interesse, und über die geschilderten Möglichkeiten hinaus zu handeln fehlt ihnen die innere Sicherheit. Diese wird auch dadurch eingeschränkt, daß das Vorbild der Patientin ein hohes Leistungsniveau hat und die Anforderungen daher sehr hoch gesteckt sind. Somit droht die Erfahrung eigener Insuffizienz. Auch in den Fällen, da die Ablehnung der Arbeitsweise des Vorbildes oder eigene Insuffizienzerfahrung zu einem anderen Verhalten führen, als es gefordert wird, stellt dieses doch keinen Alternativweg dar, sondern führt in Passivität und Interesselosigkeit.

Das Leben des Patienten als Erwachsenen stellt nun insofern eine Fortsetzung der Erfahrungen der Kindheit dar, als auch jetzt die Erfüllung der Alltagspflichten gefordert werden, der Ehemann sich weitgehend dem Stil der Patientin anpaßt, deren Verhaltensweisen gutheißt, oder ihr keinen Weg aus ihrer Rolle heraus zu anderen Interessen zeigt und somit keine Stütze auf einem solchen Weg ist. Insgesamt wird in die Welt des Patienten nur wenig Neues hineingetragen, und dieser bemüht sich umgekehrt, seine kleine Welt in der Form zu erhalten, in der sie sich momentan darbietet. Er geht jeder Verunsicherung aus dem Weg.

So verlangen Erziehung und Eheleben von der Patientin, nur Hausfrau und Mutter zu sein und alle Aktivität in diese Rolle zu investieren.

Dies ist damit der Bereich, aus dem die Patientin ihre Kraft schöpft - optimales Rollenausfüllen als Ideal -, der ihr Anschauungsgebäude darstellt und der ihr Halt und Stabilität bedeutet. Unfähig, die eigene Rolle in Frage zu stellen, weil solches nie gefordert, sondern nur als Versagen gedeutet wurde, ist die Patientin auch nicht in der Lage, den Rahmen dieser Rolle in Zweifel zu ziehen, weil mit diesem alle Ordnung der Dinge für sie verknüpft ist.

So hat die Person des Depressiven nur einen engen Spielraum, in dem sie handeln kann, ohne sich selbst zu verunsichern: sie muß ihren Pflichten nachkommen, sie darf nicht ausbrechen, sie darf nicht zu viel Neues aufnehmen, was ihr Anschauungsgebäude in Frage stellen könnte. Denn sie hat keinen anderen Bereich, aus dem sie Kraft und Sicherheit ziehen könnte als ihre integrale Umgebung: Haushalt und Familie. Sie hat nicht einmal sich selbst richtig, sie ist an von außen kommende Pflichten, an andere Menschen gebunden, an die Anforderungen und Belohnungen der Umwelt, weil sie unfähig ist, aus eigener Kraft fremde Ziele und Werte anzusteuern. Sie ist fixiert auf Ideale und Lebensziele, die ihr die Umwelt schon früh mit äußerstem Nachdruck vermittelt hat, und sie lebt in der Angst, diesen Anforderungen nicht entsprechen zu können, weil diese zu hoch gesteckt sind. Dies bedeutet immer wieder neuen Zwang zur Leistung.

2. So erfährt der Depressive die Unmöglichkeit, seine eigenen Grenzen zu übersteigen (Tellenbach). Er tut gut daran, möglichst viele verunsichernde Faktoren auszuklammern, denn er hat es nicht gelernt, größere Probleme zielgerichtet zu bewältigen, wenn sie sein Wertgebäude, das eng und der Integrität der eigenen Familie und engeren Umgebung verknüpft ist, in Frage stellen und das er als Stützung seines schwachen Wesens braucht.

So hält der Patient die anerzogene Beschränkung seines Blickfeldes selbst weiter aufrecht, bemißt alles Tun an von außen auferlegten, schon weitgehend verinnerlichten Wertmaßstäben und hat sich ein typisches Verhaltensschema zugelegt, das in erster Linie von Reaktionen auf Erwartungen der Außenwelt und des eigenen Gewissens bestimmt wird. Darüber hinaus zeigt er wenig Spontaneität. Wo er nicht wie gewohnt agieren kann, bleibt er weitgehend passiv.

3. Die bewußte oder unbewußte Erfahrung seiner Grenzen bedeutet für den Patienten ein latentes Spannungsfeld, in dem er sich tagtäglich bewegen muß und das er durch sein Verhalten zu kompensieren gezwungen ist. Die Spannungen sind charakterisiert durch den Zwang zu einem Verhalten in engen Bahnen, durch mögliches Infragestellen dieser Ordnung von außen und das Bewußtsein der Unfähigkeit, zureichend auf solche Verunsicherung reagieren zu können. Auch mögliches Versagen von Anerkennung, Liebe und Unterstützung der nächsten Umgebung spielt eine Rolle, sowie die Angst vor der eigenen Unzulänglichkeit.

Um diese Spannungen nicht über das Maß des Erträglichen hinaus ansteigen zu lassen, reagiert der Patient mit treuester Pflichterfüllung, Ausklammern verunsichernder Faktoren und gegebenenfalls mit gesteigerter Arbeitsaktivität.

4. Sind nun diese Kompensationsmöglichkeiten erschöpft, nimmt die Spannung in und um den Patienten überhand, so kann er keine ausgeglichene Spannungsbilanz mehr aufrecht erhalten. Er dekompenziert in eine Depression hinein, weil diese eine seinem Wesen und der Situation angemessene Reaktion darstellt: seinem Wesen, weil die Depression keine Explosion, kein aktives Aufbegehren bedeutet, sondern der Patient sich totaler Passivität hingibt, er sich zurückzieht. Der Situation gemäß ist die Depression, weil sie die Spannungen, die von der Umgebung und dem Gewissen ausgehen, auf ein Minimum reduziert: weil sie die Möglichkeit zum Abbau von Aggressionen bietet, auch wenn diese sich gegen die eigene Person richten oder ungerichtet verpuffen, weil sie selbst eine Form von Protest - wenn auch die passivst mögliche - darstellt, den Patienten in den Mittelpunkt der Beachtung seiner Angehörigen rückt und ihm ein mögliches Alibi seiner Schwäche und Unfähigkeit bietet.

5. Trotz der Abhängigkeit der Depressionen von dem beschriebenen Feld ist der Zeitpunkt des Auftretens einer depressiven Phase nicht befriedigend von greifbar belastenden Gegebenheiten abzuleiten. Der Einblick in die momentane Spannungsbilanz des Patienten bleibt uns wie ihm selbst verwehrt. So können wir das beschriebene Feld in und um den Depressiven nur als disponierend angeben. Das tatsächliche Auftreten der Phase erscheint nur als eine logische Konsequenz der Gegebenheiten, nicht als zwingendes Endglied einer strengen Kausalkette.

Immerhin steht der Beginn einer Depression fast in allen Fällen in zeitlichem Zusammenhang mit äußeren Anlässen, die für den Patienten eine enorme Belastung bedeuten: Diese Anlässe erfährt er als Streß, sei es, daß die Anforderungen an ihn steigen, sei es, daß sie fallen. Immer ist eine Unterbrechung seines gewohnten Lebensrhythmus oder eine Veränderung mit im Spiele. Es wird eine Größe in Frage gestellt, die für den Patienten Garant der Richtigkeit und des Sinnes seines Tuns war, z.B. seine moralischen Vorstellungen, seine Rolle, die Familienstruktur, die dingliche Umgebung wie sein Haus. So muß er sich neu orientieren, was ihn in tiefe Selbstzweifel stürzt. Die Abhängigkeit seiner inneren Stabilität von äußeren Gegebenheiten wird hierin deutlich.

6. Trotz der genannten aktuellen Anlässe fühlen sich fast alle Patienten mehr oder weniger überfallen von ihren Depressionen. Diese schleichen sich langsam ein oder beginnen schlagartig, werden aber in jedem Fall als der Situation nicht angepaßt empfunden.

Nicht von Anbeginn der Veränderungen ist dem Betroffenen klar, daß eine Krankheit vorliegt, zumal eine seelische. Anfangs glauben die Patienten ebenso wie ihre Angehörigen an vorübergehende Veränderungen, die von der Körpersphäre ausgehen. Sie nehmen also zu der relativ angenehmsten, am wenigsten beeinträchtigenden Erklärung Zuflucht: 1. das Vorübergehende gibt der Hoffnung Raum, bald wieder vollwertig zu sein, 2. eine organische Erkrankung ist besser erklärbar als eine psychische, denn sie betrifft nur einen - peripheren - Teil der Person, ist also überschaubar und abgrenzbar und daher weniger bedrohlich. Eine seelische Krankheit dagegen steht für den Betroffenen in bedenklicher Weise zur Geisteskrankheit und läßt ihn an gesellschaftliche Diskriminierung und Unheilbarkeit denken.

Erst allmählich setzen sich ein echtes Krankheitsbewußtsein und die Überzeugung durch, daß der Ursprung allen Übels im seelischen Bereich liegt. Dies korreliert mit dem totalen Rückzug des Patienten in die Passivität, wodurch sich die Situation in der Familie einschneidend ändert: der Depressive isoliert sich und ist unfähig, durch Emotionen getragene Beziehungen zu den Angehörigen aufrecht zu erhalten. Dennoch wartet er weiterhin auf deren Zuwendung als Zeichen eines letzten erhaltenen Wertes und einer Verbindung, einer Brücke zur gesunden, sonst geliebten Welt.

Die Angehörigen versuchen anfangs wie der Patient, den Gedanken an eine mögliche Krankheit zu verdrängen. Sie müssen sich allerdings bald auf die entstandene veränderte Familiensituation einstellen. Dies geschieht dadurch, daß sie den Patienten aufzuheitern und zu aktivieren bestrebt sind. Die Bemühungen der Angehörigen bleiben also in den Augen des Patienten letztlich nur vordergründig, erreichen gar nicht die Ebene seiner Probleme und beziehen sich v.a. auf die Dynamik des Zusammenlebens. Zugang zu seiner Problematik findet die Umgebung kaum, weil ein Zugang zu wenig gesucht wird aus Bequemlichkeit oder Scheu, zum anderen aus Unverständnis, denn auch der Patient kann sich nur schlecht erklären und bietet sein Inneres nur unzureichend verstehbar an. Als Folge dieser Schwierigkeiten entstehen in vielen Familien Aggressionen, da der Patient eigentlich nur wollen zu müssen scheint, um wieder "normal" zu sein. In der Mehrzahl der Fälle jedoch begegnen die Angehörigen dem Depressiven auch weiterhin geduldig und mit Nachsicht.

7. Die Spannung dieser undefinierten und unbewältigten Situation wird gemäßig durch die Stellung der Diagnose "Depression" und die Überweisung an die Klinik. Ab jetzt bewegt sich der Patient in einem als solchem definiertem Feld von Krankheit. Dies hat Vor- und Nachteile für ihn:

Erschreckend ist zu Beginn das Bewußtsein, als Kranker abgestempelt zu sein. Doch hatten fast alle Patienten schon vor der Stellung der Diagnose diesen Bewußtseins Schritt vollzogen. Schlimm aber ist, durch eine psychische Krankheit in die Nähe der Geisteskrankheit gerückt zu sein; insofern droht der Verlust der eigenen Person. Zudem ist das Prestige einer seelischen Krankheit geringer als das einer organischen, und bei vielen Patienten besteht Angst vor der Psychiatrischen Klinik, die die einmal eingelieferten als halbwertige Menschen zu diskriminieren droht.

Doch überwiegen für die Mehrzahl der Depressiven die positiven Aspekte von Diagnose und Einweisung: Die verfahrenere Situation zu Hause löst sich auf, Angehörigen und Patienten sind die Objekte ihrer Aggressionen genannt, die Veränderungen wurden endlich durch eine Definition etwas greifbarer, und es besteht Hoffnung auf Hilfe.

So lassen sich die Patienten in der Klinik weitgehend bereitwillig behandeln, wenn sie erst einmal den oft erheblichen Schock der Einweisung und ersten Begegnung mit anderen psychisch Kranken überwunden haben. Die Beziehungen zu den Angehörigen brechen auch jetzt nicht ab, da diese zu Besuch kommen und sich - mehr oder weniger - um den Patienten kümmern und ihn nicht als abgeschieden betrachten. Die Isolierung und die Unfähigkeit zu emotionaler Begegnung geht nur vom Patienten aus.

8. Entscheidend wichtig für den Wiederaufbau eines Selbstwertgefühls ist es für den Patienten, sich in einer Beziehung zur Umwelt wieder als wertvoll, sein Tun als sinnvoll zu erfahren. Dies ist möglich durch den fortbestehenden Kontakt zu den Angehörigen und durch das Verhältnis zu Personal und Mitpatienten. Speziell durch die Stützung, die sich die Patienten gegenseitig geben, erfahren sie, daß sie gebraucht werden, bildet sich wieder eine befriedigende Dynamik in der Begegnung mit der Umwelt aus und klingt wieder etwas im Innern des Patienten an. Er bemerkt wieder, daß ihm etwas wichtig wird, daß er lebt.

Um die geschilderten Beziehungen und Anklänge in seinem Inneren allerdings wahrnehmen zu können, muß die Zeit tiefster Depression vorübergegangen sein. Der Ausgang aus dieser wird also durch das wieder beginnende Interesse an der Umgebung und den eigenen Möglichkeiten, den Möglichkeiten von Erfahrung und Handlung der eigenen Person dokumentiert.

9. Einen Mittelpunkt des depressiven Geschehens bedeutet für den Betroffenen der Versuch, zu einer befriedigenden Einstellung zur Krankheit zu gelangen. Dies ist aus verschiedenen Gründen ebenso problematisch wie von entscheidender Bedeutung:

In dem Maße, wie sich der Patient überfallen fühlt von seinen Depressionen, fällt es ihm auch schwer, sich ihnen gegenüber zu profilieren, sie auszuklammern und seiner eigenen Person gegenüberzustellen. Dies wird noch erschwert dadurch, daß gerade jene inneren Instanzen befallen sind, die sonst die Einstellung zu einer bestimmten Situation besorgen: z.B. der Wille. Es erscheint für den Betroffenen also seine Gesamtperson, zumindest aber entscheidende, steuernde Instanzen befallen zu sein, weswegen er sich auch immer wieder die Frage stellen muß, ob er geisteskrank ist, ob er seinen Verstand verloren hat. Er verneint dies zwar selbst, kann aber dieser seiner eigenen Überzeugung keinen Glauben schenken. Er hat die Macht über die eigene Person verloren.

Seine Unsicherheit ist umfassend geworden: sein inneres Gleichgewicht ist zerfallen, sein Anschauungsgebäude, seine Ideale und Werte in Frage gestellt, er kann die eigene Person nicht steuern, sein Wille liegt darnieder. Und alles dies glaubt er schuldhaft verursacht zu haben, er glaubt durch eigene Unfähigkeiten, irgendwelchen Ansprüchen - äußeren Instanzen also - zu genügen, seine Depressionen vorbereitet zu haben. Greifbar wird ihm seine Schuld nur in der Vernachlässigung seiner Alltagspflicht. Doch bricht mit dieser Vernachlässigung zugleich alle Ordnung für ihn zusammen.

So zeigt sich, daß der Patient in der Phase eigentlich nicht mehr viel in der Hand hat, daß alle geschilderten Probleme und Zweifel an seiner Identität nagen. Dies ist seine Krankheit, als solche erfährt er sie: als den totalen Einbruch all dieser Fragen in seine Person und als die Erfahrung der Unfähigkeit, ihnen zu begegnen.

Hierdurch wird deutlich, wie wichtig es für den Patienten ist, sich gegenüber seiner Krankheit zu profilieren, wieder seine Person bestimmen zu können. Er versucht das krankmachende Prinzip zu benennen und zu beschreiben, um sein Bild anschaulich zu machen. Er sucht nach Ursachen, um den Mechanismus der Depression in den Griff zu bekommen und um sich zu entlasten.

Er bekämpft den Gedanken an eine Geisteskrankheit, um sich seine Orientierungsfähigkeit zu bewahren. Alle diese Einstellungsbestrebungen kann man auffassen als den Versuch, Krankheit und eigene Person voneinander zu trennen, um zu einem Selbstwertgefühl zurückzufinden.

10. Der Weg aus der Depression bedeutet für die Patienten allerdings kaum zugleich einen wirklichen Ausgang aus der Verstrickung der Voraussetzungen, die den Boden für eine Depression ausmachen. Die Patienten lehnen sich auch jetzt nicht auf; sie versuchen, möglichst nahtlos wieder an die Zeit vor der Erkrankung anzuknüpfen. Und die Angehörigen unterstützen diesen Vorgang, zum Teil aus einem unverarbeiteten Schuldbewußtsein, die Phase mit verursacht zu haben. Patient und Umwelt suchen keinen abschließenden Konflikt mit der Depression. Die Einstellungsversuche dienen nur kurzfristigen Aspekten, der Bearbeitung der momentanen Situation. So bleibt die Depression letztlich unbewältigt.

Die Patienten stürzen sich wieder in ihre Arbeit, halten sich ihre altgewohnten Anschauungen aufrecht und pflegen den gleichen Rhythmus wie vor der Phase; die Spannungen scheinen ja vorüber zu sein, und in den eigenen Grenzen läßt es sich wieder leben. Also bleiben die Grenzen unangetastet. Auch beim Versuch der Bewältigung der eigenen Krankheit gelang es dem Patienten nicht, jene zu übersteigen. Man kann nur die Phase selbst als den einzigen Punkt des Ausbrechens, als einziges Übersteigen der eigenen Grenzen verstehen, als die passivste Form des Ausbruchs. In diesem Widerspruch äußert sich recht gut die Diskrepanz allen zwanghaften Wollens und Könnens des Patienten. Oder die Depression ist aufzufassen als letztmögliche Kompensation, die den Ausbruch gerade verhindert; als Ausruhen von den Anforderungen, denen man sich anschließend wieder unterwerfen muß, weil man den Zirkel von Anforderung und Pflichterfüllung zu verlassen nicht in der Lage ist.

Nur in wenigen Fällen scheint die Bearbeitung der eigenen Depression dem Patienten die Möglichkeit zu geben, das eigene Anschauungsgebäude, die eigene Person über die verunsichernde Zeit der Phase hinaus zu überprüfen und in Frage zu stellen. Echte Konsequenzen aus der Depression werden nur selten gezogen. Wo dies doch der Fall ist, werden diese Konsequenzen mit Vehemenz vorgetragen. Der Betreffende will quasi ein neues Leben beginnen, alle Grenzen werden ihm zu eng. Er scheint ein enormes Spektrum eigener schlummernder Möglichkeiten entdeckt zu haben. Auch Monate nach dem Ende der depressiven Phase dauerte diese Haltung noch an. Es bleibt also fraglich, ob die Patienten diesen Schwung aufrecht erhalten können, ob ihre Einsicht und v.a. der Wille stark genug sind, die Person entscheidend zu verändern, oder ob dies als eine überschießende Reaktion im Sinne einer Manie verstanden werden muß.

11. In unseren Untersuchungen haben sich somit die Depressionen als vorbereitet ergeben durch ein typisches inneres Spannungsfeld im Patienten und ein äußeres in seiner nächsten Umgebung, die sich wechselweise bestimmen.

Eine Depression ist als eine adäquate Reaktion des Betroffenen auf einen Spannungsüberschuß zu verstehen, den jener nicht mehr beherrschen kann. Sie ist adäquat, weil sie Vorteile bietet und weil sie den Möglichkeiten des Patienten entspricht.

Die Schwierigkeiten, die Depression zu verstehen und mit ihr fertig zu werden, machen einen großen Teil der Krankheit selbst aus.

Den Konflikt mit der Depression bringen die Patienten und ihre Umgebung nicht zu Ende. Vielmehr sind sie bestrebt, nach der Phase wieder so leben zu können wie vorher. Somit besteht die Tendenz, auch durch die Depression möglichst wenig Änderung eintreten zu lassen.

D. Zusammenfassung

Aufgabe unserer Arbeit war es, das Feld zu untersuchen, in dem sich eine Person, die an Depression erkrankt, in Gesundheit und Krankheit bewegt.

Hierzu mußten das Wesen der depressiven Person vor, während und nach seiner Phase, die Menschen, mit denen er zusammen lebt und verkehrt, seine Vergangenheit, speziell seine Kindheit, die Charakter und Verhalten entscheidend prägten, sowie seine sonstige Umgebung, seine dingliche Umwelt Beachtung finden. Dann mußte die Depression selbst untersucht werden mit möglicher Verursachung, Erscheinungsform und Einfluß auf Person und Umgebung des Patienten.

Um diese Frage zu beantworten, untersuchten vier Doktoranden insgesamt sechzehn Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Mainz, bei denen die Diagnose endogene Depression vorgegeben war. Jeder der Doktoranden betreute vier Patienten über einige Monate hinweg und führte eine Vielzahl von Gesprächen mit ihnen. Zugleich nahm er Kontakt zu den Angehörigen der Patienten auf und versuchte, mehr als ein Bekannter als ein Repräsentant der Institution Klinik in die Familie integriert zu werden. Von den meisten Gesprächen mit Patienten und Angehörigen wurden Tonband- oder schriftliche Protokolle angefertigt, andere Unterhaltungen dienten dem gegenseitigen Kennenlernen. Die Gespräche wurden zumeist nach keinem vorgefertigten Schema geführt, sondern ergaben sich aus der momentanen Assoziationskette der Gesprächspartner, wobei die Initiative vorwiegend beim Patienten lag. Außerdem wurden dieser und seine nächsten Angehörigen gebeten, einen FPI - A Fragebogen auszufüllen.

Schließlich beschrieb jeder der vier Doktoranden einen anderen Aspekt der Gesamtuntersuchung, wobei in jede Arbeit das Untersuchungsmaterial über alle sechzehn Patienten einging. So ergaben sich folgende vier Arbeiten:

- 1) Interaktionsmuster im sozialen Feld von Depressiven.
- 2) Lebensraum und Gegenstandswelt von Depressiven.
- 3) Die Persönlichkeit des Depressiven in ihrer natürlichen sozialen Umgebung.
- 4) Feldstudien über die Einstellung Depressiver und ihrer Angehörigen zur Krankheit.

Die hier vorgelegte Arbeit "Feldstudien über die Einstellung Depressiver und ihrer Angehörigen zur Krankheit" sollte speziell den Aspekt der Krankheit selbst beschreiben, also den Weg des Patienten in die depressive Phase, seine Welt während der Phase und den Einfluß der Depression auf sein Leben und seine nähere Umgebung.

In unseren Untersuchungen hat sich gezeigt, daß das Feld, in dem die von uns betreuten Personen leben, typische Charakteristika

aufweist, die mit der Depression in Zusammenhang zu bringen sind. Es ergibt sich dabei keine kausale Kette, die erklärt, warum eine bestimmte Person gerade zu einem bestimmten Zeitpunkt depressiv wird, oder die eine eindeutig pathognomonische Situation beschreibt. Jedoch fand sich eine Folge von Fakten, von denen sich jeder als eine mögliche und logische Konsequenz des vorigen ausweist.

Die Welt der von uns untersuchten depressiven Personen, in der sie wirken und die ihr Interesse besitzt, ist auffallend klein, eng und streng abgegrenzt. Sie besteht hauptsächlich aus eigener Kleinfamilie, Haus und Garten oder auch dem Betrieb. Dies stellt das Arbeitsgebiet dar, das die Person voll in Anspruch nimmt, aus dem sie Kraft schöpft und in dem sie Freude und Bestätigung sucht. Der Alltag dieser Umgebung bedeutet ihr Lebensideal.

Die Integrität, Ordnung und Überschaubarkeit dieser kleinen Welt ist sie bestrebt zu bewahren. Nur wenige Aktivitäten und Interessen dringen aus diesem Bereich heraus nach außen, und umgekehrt achten die Patienten - meist unbewußt - darauf, daß möglichst wenig Unruhe hineingetragen wird. Jeder Veränderung stehen sie tief skeptisch gegenüber.

Erste Symptome einer Veränderung des Patienten treten ganz plötzlich oder allmählich ein und werden von diesen selbst wie den Angehörigen der Körpersphäre zugeschrieben und als vorübergehend betrachtet. Das Bewußtsein einer psychischen Alterierung und ein echtes Krankheitsbewußtsein setzen sich erst durch, wenn der totale Rückzug des Patienten von allen Pflichten und seine Antriebslosigkeit nicht mehr aufhebbar erscheinen. Der Depressive wird sich selbst fremd, da er seine Veränderungen nicht erklären kann, und bemerkt, wie sein Einfluß auf die eigene Person nachläßt. Bewußt erlebt er mit, wie sich ihm der Zugang zu allen Dingen verschließt, die ihm sonst das Leben lebenswert gemacht haben.

Die anfängliche Auflehnung gegenüber der Einsicht, daß eine psychische Erkrankung vorliegt, erklärt sich folgendermaßen: 1. Die Erklärung einer organischen Krankheit ist greifbarer und leichter abzuleiten. 2. Die psychische Erkrankung ist bedrohlicher, weil ohne zureichende Erklärung, umfaßt die gesamte Person und steht für viele Patienten in beängstigender Nähe zur Geisteskrankheit.

Das Spektrum des Verhaltens der Angehörigen ist weit gespannt. Zunächst dauert es oft eine geraume Zeit, bis sie die Veränderungen wahr- und ernstnehmen. Ist endlich der Grund des Übels als im seelischen Bereich liegend erkannt, reicht die Reaktion der Angehörigen vom Versuch, den Patienten zu verstehen, über steigende Fürsorge bis hin zu offenem Unverständnis, dem Gefühl, daß sich

der Depressive auf Kosten seiner Umgebung ausruhe, und familiärem Positions- und Machtkampf.

In den meisten Fällen dauert es lange, bis der Patient aus momentanem Verlangen oder auf Veranlassung der Angehörigen einen Arzt aufsucht. Dies ist in der Regel der Hausarzt, der für die Patienten enttäuschend die Beschwerden meist nur symptomatisch und als organische Erkrankung behandelt. Oft werden erst nach einer langen Odyssee über viele Ärzte die Depressionen erkannt und führen zur Überweisung in die Klinik.

Die Stellung der Diagnose "Depression" sowie die Einweisung in die Klinik bedeuten für die Angehörigen und die Mehrzahl der Patienten eine Erleichterung: 1. die Situation erscheint hierdurch zum ersten Male überschaubar und definiert, ein inzwischen unerträglicher Schwebезustand wird aufgehoben, 2. die verfahrenere Situation in der Familie findet ein Ende, 3. mit der Kliniküberweisung ist die Hoffnung auf Hilfe verbunden, die - wie nunmehr allen klar ist - nur noch von außen kommen kann.

Problematisch dagegen an der Überweisung ist für viele Betroffene, hierdurch in die Nähe der "Geisteskrankheit" und des "Irrsinns" gerückt worden und späterhin diskriminiert und abgestempelt zu sein. Zudem wird die Aufnahme in die Klinik als neuerliche Unterbrechung der Kontinuität und als Verunsicherung erfahren.

Alle diese genannten Punkte prägen die Einstellung des Patienten und seiner Umgebung zu den Depressionen. Im Vordergrund allerdings der Einstellung und der Schwierigkeiten, eine befriedigende solche zu finden, steht die Frage nach der Auslösung der Krankheit, mit der das Problem des Mechanismus der Depressionen eng gekoppelt ist. Dieser Frage nachzugehen hat aus folgenden Gründen solch große Bedeutung für die Betroffenen: 1. unsere kausal-analytische Denkweise verlangt das Denken in den Kategorien Ursache und Wirkung; 2. es ist für den Patienten unerträglich, gegen einen unbekannten Gegner ankämpfen zu müssen, die Depressionen nicht durch eine Erklärung aus der eigenen Person herauslösen und sich gegenüberstellen zu können; 3. der Patient fühlt sich auch für die Zukunft neuen Phasen hilflos ausgeliefert, wenn er Ursache und Mechanismus seiner Depressionen nicht in den Griff bekommt.

Doch ist er zu sehr von seinen Depressionen überfallen worden, zu sehr erfährt er sie als gänzlich fremd, als daß seine Erklärungsversuche auch für ihn selbst befriedigend sein könnten. Nur in wenigen Fällen führt der Einblick in Auslösung und Mechanismus zur Möglichkeit direkter Konsequenzen.

Dennoch sind wir zu der Überzeugung gelangt, daß es bei den meisten Patienten für die Depression disponierende Felder gibt,

Momente, die zu einem gewissen Spannungsfeld in und um die Person beitragen. Dies sind zum einen aktuelle äußere Anlässe, die vor allen den Betroffenen selbst zur Erklärung dienen. Diese Situationen haben gemeinsam, daß sie als Belastung, als Stress empfunden werden, weil eine entscheidende Veränderung, eine Diskontinuität gerade in dem Bereich eintritt, dessen Integrität und Ordnung für den Patienten entscheidende Werte darstellt. Widerlegung des Sinnes und der Wertmaßstäbe dieses Bereiches wird als Widerlegung des Wertes der eigenen Person erfahren.

Daß der Patient so labil auf jegliche Veränderung in seinem gewohnten Rahmen reagiert, daß er so abhängig von der Intaktheit seines Anschauungsgebäudes ist, ist der zweite disponierende Faktor. Er liegt in der Person selbst. Dieser Faktor läßt sich mit den Grenzen der depressiven Persönlichkeit beschreiben. Die Patienten empfinden es - unbewußt - als eigene Schwäche, eingeschlossen zu sein in eine bestimmte Wirkungsbreite, ein fest-umrissenes Aktionsmuster.

Diese Wirkformen haben ihre Ursache in erster Linie in der Kindheit der Patienten, in der der Grundstein sowohl für die Spannungen in seinem Inneren gelegt wurden als auch für seine typische Form, auf solche zu reagieren.

Durch eine strenge Moral in der Umgebung des Kindes, speziell in einem an diese Moral angepaßten Elternhaus, ist nur wenig Raum für eine individuelle Entwicklung gegeben. Der Lebensweg des Kindes wird von einem dominierenden Elternteil - meist der Mutter - bestimmt, der jenes in Liebe oder Strenge von sich abhängig macht und ihm seine zukünftige Rolle vorschreibt. So wird der Tochter als einziges Ideal vermittelt, zu werden wie die Mutter: eine perfekte Hausfrau. Zugleich aber fällt es jener schwer, den hohen Leistungsstandard des Vorbildes zu erreichen, was den Aufbau eines ungefährdeten Selbstbewußtseins verhindert. Durch diese starke Abhängigkeit und Bevormundung lernt der Patient nicht sich aufzulehnen, zu sich selbst zu finden und anderen Interessen nachzugehen, als ihm die Erfüllung seiner Pflichten bietet. So beginnt er schon früh, Regungen des eigenen Ichs, die nicht in den Erwartungsrahmen seiner Umwelt passen, zurückzustellen, taktierend eine Abwehrhaltung zu beziehen und über das Ausfüllen seiner vorgegebenen Rolle hinaus passiv zu bleiben.

Hinzu kommt, daß die Welt des erwachsenen Patienten eine Fortsetzung der Erwartungen seiner Kindheit darstellt und von ihm vor allem die Erfüllung alltäglicher Pflichten verlangt. Auch jetzt wird die Rolle des Patienten nicht in Frage gestellt, nur wenig Neues wird in sein Interessenfeld hineingetragen, und er selbst wehrt sich gegen jede Verunsicherung, die sein Anschauungsgebäude, an das er sich gewöhnt hat und das ihm relative Stabilität und Halt verspricht, in Frage zu stellen droht.

Somit ist das Maß innerer Spannung abhängig von einer Bilanz, deren Parameter die Fremdbestimmung und die Anforderungen der Umwelt einerseits, die Abwehr von Tendenzen, die diesem Erwartungsschema widersprechen, andererseits sind. Gerät nun dieses labile Gleichgewicht ins Wanken und steigt damit das Maß empfundener Spannung ins Unerträgliche, reagiert der Patient mit einem Rückzug vor allen Reizen und den bohrenden Ansprüchen seines pflichtbewußten Gewissens in die Depression hinein, deren Passivität durchaus seinem Wesen und seiner Art zu reagieren entspricht.

Aus dem Gesagten läßt sich ableiten, daß die Depression dem Patienten eindeutige Vorteile bietet, weswegen sie als adäquate Reaktion verstanden werden kann: 1. sie ist eine Zuflucht vor Spannungssteigerung, 2. sie gibt die Möglichkeit, Aggressionen zu entladen, auch wenn dies ungerichtet oder gegen die eigene Person geschieht, 3. stellt die Phase selbst eine Form des Ausbruchs und möglicher Profilierung dar, verspricht dem Patienten 4. schonendere Behandlung und gesteigerte Aufmerksamkeit und läßt sich 5. als ein Alibi für eigenes empfundenes Scheitern benutzen.

Von dem soweit dargestellten Spannungsfeld und seinen Kompensationsmechanismen, als deren letzte die Depression selbst verstanden werden kann, ist den Patienten nur wenig selbst bewußt. Immerhin wird auch von ihnen eine Fremdbestimmung, die mit einem eindeutig faßbaren Trauma verbunden ist - wie die durch den Vater erzwungene Übernahme der Gärtnerei - oder eine gar zu strenge Erziehung mit inneren Konflikten, die während der Depressionen akut werden, in Verbindung gebracht. Auch erkennen einige Patienten ihren Mangel an Profil und Durchsetzungsvermögen. Doch die Mehrzahl der Patienten übernimmt die Verantwortung für ihre Depressionen, ohne die eigene Schuld näher bestimmen zu können.

Somit sind die Schwierigkeiten des Patienten und seiner Umgebung, zu einer befriedigenden Einstellung zu den Depressionen zu kommen, dokumentiert durch die mangelnde Einsicht in Auslösung und Mechanismus der Krankheit, durch ein tiefes Schuldgefühl an ihrer Verursachung, das der Patient erlebt, doch nicht deuten kann, sowie die Erfahrung, daß seine Gesamtperson, seine innersten Instanzen sich in der Hand der Krankheit befinden und er sich immer wieder nachweisen zu müssen glaubt, daß er nicht von "Irrsinn" befallen und daß sein Intellekt unbeeinflußt geblieben ist. Letztlich ist er davon überzeugt, seinen Verstand nicht verloren zu haben, doch kann er in seiner Situation umfassender Unsicherheit keiner seiner Gewisheiten rechten Glauben schenken. So fallen ihm auch eine Definition seiner als echter Krankheit erfahrenen Depressionen und eine Beschreibung seiner momentanen Situation schwer.

Die genannten Schwierigkeiten, mit der Krankheit fertig zu werden, machen einen großen Teil des Schreckens der Depression aus, führen dieser aufs Neue Energien zu und sind somit als ein Teil der Erkrankung zu verstehen.

Nachdem die Patienten den Schock über ihre Einweisung in die Psychiatrische Klinik überwunden haben, lassen sie sich zu meist bereitwillig behandeln. Der Rhythmus der Klinik, der ihnen einen großen Teil der eigenen Verantwortung und Entschlußpflicht abnimmt, kommt ihnen entgegen. Als entscheidend für den Fortgang der Genesung betrachten die Patienten die gegebenen Medikamente, die meist vorbehaltlos genommen werden, und das Gefühl echt menschlicher Kontakte zu ihrer Umgebung. So reißen die äußeren Beziehungen zu den Angehörigen auch in der Klinik nicht ab, und es entstehen zwischen vielen depressiven Patienten kameradschaftliche Bindungen. In dem Gefühl, für den anderen etwas zu bedeuten und gebraucht zu werden, beginnen sie, ein neues Selbstwertgefühl aufzubauen.

Der Patient identifiziert sich zwar mit der Person und den Problemen des anderen Depressiven, doch niemals mit dessen Krankheit. Diese scheint ihm immer anders geartet zu sein als die eigene, ohne daß die Patienten die empfundenen Unterschiede auch näher bestimmen könnten.

Mit ihrer Entlassung aus der Klinik versucht die überwiegende Mehrzahl der Patienten, möglichst schnell mit der Zeit der depressiven Phase abzuschließen und den Zustand, der zuvor bestanden hat, wiederherzustellen. Die Angehörigen unterstützen dieses Bestreben. Oft schon am ersten Tag zu Hause übernehmen die Patienten wieder ihre Pflichten und stürzen sich auf ihre Arbeit, um so ihre noch nicht ganz beseitigte Unsicherheit zu kaschieren, gar nicht erst ins Grübeln zu verfallen und um sich und ihren Angehörigen ihre zurückgewonnene Vollwertigkeit nachzuweisen. Bald erinnern die Umgebung nur noch gelegentliche Dekompensationen bei geringfügigen Anlässen und die Medikamente daran, daß der Konflikt mit der Depression eigentlich gar keinen Abschluß gefunden hat. Und daher bleibt den Patienten eine tiefe Angst, deren sie nur schwer Herr werden können und die von ihrer wesensmäßigen Unsicherheit herrührt, zugleich aber auch aus dem unbewältigt gebliebenen Konflikt Kräfte bezieht und eine Angst vor einer neuen Phase bedeutet.

Nicht in allen Fällen geht die Rückeingliederung in die eigene Familie aggressionslos vor sich. Einige wenige Patienten haben die Einsicht gewonnen, in der Vergangenheit zu wenig Willensstärke gezeigt zu haben, und versuchen jetzt, zu Hause alle Fäden in die Hand zu nehmen. In diesen Familien spielen sich nach der Rückkehr des Depressiven aus der Klinik echte Positions- und Machtkämpfe ab.

E. Literaturverzeichnis

- 1 Barnes, M.: Meine Reise durch den Wahnsinn
Kindler, München 1973
- 2 Bateson, G., D. Jackson, R.D. Laing, T.Lidz, L.Wynne u.a.:
Schizophrenie und Familie
Suhrkamp, Frankfurt 1972
- 3 Glatzel, J.: Endogene Depressionen
Thieme, Stuttgart 1973
- 4 Laing, R.D.: Das geteilte Selbst
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1972
- 5 Langenhan, U.: Interaktionsmuster im sozialen Feld von
Depressiven
Med. Dis. Mainz 1975 (in Vorbereitung)
- 6 Lidz, T.: Familie und psychosoziale Entwicklung
Fischer, Frankfurt/M. 1971
- 7 Löffler, P.: Die Persönlichkeit des Depressiven in ihrer
natürlichen sozialen Umgebung
Med. Dis. Mainz 1975 (in Vorbereitung)
- 8 Maskow, L.: Lebensraum und Gegenstandswelt von Depressi-
ven
Med. Dis. Mainz 1975 (in Vorbereitung)
- 9 Muhr, C.: Depressionen
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1973
- 10 Peters, U.H.: Interpretation als psychopathologische
Methode
Psychiatria clinica 6 : 81-96 1973
- 11 Schulte, W.: Über das Wesen melancholischen Erlebens und
die Möglichkeiten der Beeinflussung
Hippokrates, Stuttgart 1965
- 12 Sechehaye, M.: Tagebuch einer Schizophrenen
Suhrkamp, Frankfurt 1973
- 13 Tellenbach, H.: Melancholie 2.A.
Springer, Berlin Heidelberg New York 1974

LEBENS LAUF

Am 1.7.1948 wurde ich in Bad Homburg v.d.H. als Sohn des Ingenieurs (grad.) Walter Krebs und seiner Ehefrau Anni, geb. Rieck, geboren. Ich wohnte mit meinen Eltern in Oberursel/Ts. am Rande Frankfurts, wo ich vier Jahre lang die Volksschule und neun Jahre lang das Städtische Gymnasium besuchte. Hier legte ich 1967 die Reifeprüfung ab.

Nach eineinhalbjährigem Wehrdienst bei der Bundeswehr begann ich zum Sommersemester 1969 mit dem Studium der Medizin an der Gutenberg-Universität in Mainz. Im Frühjahr 1970 bestand ich das Vorphysikum, im Frühjahr 1972 das Physikum und im Sommer 1975 das medizinische Staatsexamen.

Seit dem Sommersemester 1970 betreibe ich an der Universität Mainz ein Zweitstudium in dem Fach Philosophie und seit dem Sommersemester 1972 hierzu im Nebenfach Vergleichende Literaturwissenschaften. Ich habe mich bisher in diesem Rahmen vor allem mit Fragen der Philosophiegeschichte, der Ethik, der Anthropologie und mit wissenschaftstheoretischen Problemen beschäftigt.

Den internistischen Teil meiner Medizinalassistentenzeit verbrachte ich am Kreiskrankenhaus Ludwigsburg, den chirurgischen in der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker in München. Anschließend arbeitete ich drei Monate in der Neurologischen Universitätsklinik und einen Monat in der Neuropsychiatrischen Universitätsklinik Mainz als Medizinalassistent.

Ich möchte Herrn Prof. Dr. U.H. Peters für seine Unterstützung und Betreuung während dieser Arbeit sehr herzlich danken.

